

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**QUEM ACOLHE ESTA MULHER?
CARACTERIZAÇÃO DO APOIO EMOCIONAL
À PARTURIENTE**

CIBELE CUNHA LIMA DA MOTTA

Florianópolis
2003

CIBELE CUNHA LIMA DA MOTTA

**QUEM ACOLHE ESTA MULHER?
CARACTERIZAÇÃO DO APOIO EMOCIONAL
À PARTURIENTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida
Crepaldi

Co-orientadora: Profa. Dra. Carmen L. O.
Ocampo Moré

Florianópolis
2003



Foi ele (o marido) junto, foi a Márcia (a enfermeira) e a Ana (técnica de enfermagem), que estava passando o pano, eu estava com muito calor e ela passava o pano gelado no meu rosto, ele (o marido) me assoprava para passar o calor e também... foi tudo, foi o conjunto.

Figura

Fonte: Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H. (1993). **Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth.** (capa do livro) Massachusetts: Perseus

À minha mãe, por ser a primeira mulher,
ao meu pai, por ter despertado em mim
o interesse por este assunto,
e ao meu companheiro Eduardo,
pelo carinho e paciência.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças a uma rede de amigos e conhecidos que abriram os caminhos e participaram junto comigo na sua confecção.

À minha orientadora Carmem Moré, que me compreendeu, me guiou e confiou em mim.

À orientadora Maria Aparecida Crepaldi, por estar presente nos momentos em que precisei, contribuindo para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Mauro Luis Vieira, por sua contribuição na construção do projeto de pesquisa.

À Bel, por me apresentar ao tema, por todas as conversas, por ter me dado apoio e força para a realização deste trabalho

À Maria Helena, por ter me apresentado a uma leitura preciosa e fundamental sobre a gravidez e o parto, obrigada também por suas aulas.

À Zaira Custódio, psicóloga da maternidade do HU, pelo apoio ao desenvolvimento desta pesquisa.

À equipe de enfermagem e médica por ter me recebido tão bem durante a realização desta pesquisa.

Em especial, à Gabriela, minha companheira de trabalho e amiga, quem eu pude acompanhar no descobrimento deste tema. Obrigada por partilharmos momentos de conhecimento e descobertas juntas. Você tem sido uma pessoa muito importante para mim, e trabalhar com você tem sido sempre uma aprendizagem.

À Sandra, Grace, Suzi, Beti Becker, Rosa Amália, Marcos Leite, Carlos Eduardo, um grupo de amigos que prestaram uma contribuição valiosa a este trabalho, cada um a sua maneira.

Aos grandes amigos Túlio e Adriana, pelo apoio incondicional, a existência de vocês na minha vida tornou os momentos difíceis uma grande risada.

E principalmente às parturientes por terem me deixado participar de um momento maravilhoso em suas vidas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 Aspectos Emocionais do Parto	18
2.2 O Parto e a Obstetrícia.....	24
2.2.1 A história do parto e da obstetrícia	24
2.2.2 A história da obstetrícia no Brasil	30
2.2.3 Modelo tecnocrático	31
2.2.4 Os preceitos do parto humanizado	32
2.3 O Acompanhante	37
2.3.1 O acompanhante homem	39
2.3.2 Benefícios do homem como acompanhante	40
2.3.3 Aspectos emocionais do pai durante o trabalho de parto	41
2.4 Apoio Emocional	44
2.4.1 A terapia de apoio na psicologia	45
2.4.2 Pesquisas sobre os benefícios do apoio emocional e físico.....	45
2.4.3 Enfermagem e apoio emocional	49
2.4.4 O homem oferecendo apoio durante o trabalho de parto	52
2.4.5 O conceito de apoio emocional	54
3 MATERNIDADE DO HU	56
3.1 Objetivos da Maternidade	56
3.2 Recursos Humanos e Materiais.....	57
3.3 Centro Obstétrico	57
3.4 Atividades de Apoio à Parturiente no C.O.....	59
4 MÉTODO	61
4.1 Abordagem qualitativa	61
4.2 Estudo piloto	64
4.2.1 Participantes	64
4.2.2 Instrumentos	64
4.2.3 Contribuições do Estudo Piloto	64
4.3 Pesquisa propriamente dita	66
4.3.1 Participantes	66
4.3.2 Local	67
4.3.3 Procedimentos de Coletas de Dados	67
4.3.3.1 Observação	67
4.3.3.2 Folha de acompanhamento da situação de parto	69
4.3.3.3 Roteiro de entrevista.....	70
4.3.4 Cuidados éticos	70
4.3.5 Procedimentos de Análise de Dados	71
4.3.6 Dados das Participantes da Pesquisa	73
4.3.6.1 Identificação das participantes	73
4.3.6.2 Dados sobre a gravidez e o pré-parto	74
5 APRESENTAÇÃO DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS E DAS CATEGORIAS	75
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87

6.1 Expectativas e Sensações quanto ao Parto	87
6.2 Núcleo Temático A: sobre o acompanhante no pré-parto	89
6.2.1 Presença passiva	90
6.2.2 Referência emocional	92
6.2.3 Apoio emocional	93
6.3 Núcleo Temático B: sobre a equipe de enfermagem	95
6.3.1 Atendimento de rotina	96
6.3.2 Atendimento de atenção	98
6.3.3 Apoio emocional	99
6.4 Núcleo Temático C: período expulsivo	103
6.4.1 Sobre o acompanhante no parto	103
6.4.2 Equipe interativa	104
6.4.3 Apoio emocional	105
6.5 Núcleo Temático D: percepção da parturiente sobre o acompanhante	105
6.5.1 Avaliação	105
6.5.2 Ações do acompanhante	107
6.6 Núcleo Temático E: Percepções da Parturiente sobre a Equipe	109
6.6.1 Percepção geral sobre atendimento	110
6.6.2 Apoio emocional	111
6.6.3 Atendimento inadequado	114
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
8 REFERÊNCIAS	124
ANEXOS	130

Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente. Florianópolis, 2003, 123p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

Co-orientadora: Profa. Dra. Carmen L. O. Ocampo Moré

Defesa: 26/03/03

O apoio emocional e físico à parturiente oferece benefícios para o desenvolvimento do trabalho de parto, bem como contribui para que a mulher signifique positivamente essa experiência. Visando a investigar esse tema, esta pesquisa, qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, teve como objetivo a caracterização do apoio emocional oferecido à mulher em trabalho de parto. A coleta de dados foi realizada na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, cuja filosofia está baseada no atendimento humanizado, e se deu em duas etapas: (1) observação do pré-parto e parto; e (2) entrevistas semi-estruturadas realizadas com as participantes sobre a experiência do trabalho de parto. O grupo de participantes da pesquisa foi formado por 14 primi-parturientes, com idades entre 17 e 34 anos. Os resultados foram descritos por meio de categorias que contemplaram as entrevistas e o processo de observação, caracterizando as interações entre parturiente e acompanhante, e parturiente e equipe de enfermagem. Este estudo evidenciou que o apoio emocional é uma tarefa a ser realizada, em conjunto, pelo acompanhante e pela equipe de saúde, neste estudo representado pela equipe de enfermagem, oferecendo à parturiente conforto, orientações e informações sobre o desenvolvimento do trabalho de parto, a fim de promover uma experiência positiva.

Palavras-chave: apoio emocional, psicologia, acompanhante, trabalho de parto, equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Emotional and physical support brings benefits during labor, and also helps the woman undergoing childbirth to see the experience positively. In order to investigate this topic, a exploratory and descriptive qualitative research was developed aiming at characterizing the emotional support provided to women in labor. Data collection took place at the Federal University Hospital of Santa Catarina, and was accomplished in two steps: (1) labor and childbirth; (2) semi-structured interviews with the subjects regarding the experience of labor and childbirth. The subjects were 14 first-time mothers, between the ages of 17 and 34 years old. The results were described through categories encompassing the interviews and the observation process, characterizing the interactions between the parturient and her companion, and between the parturient and the nursing staff. This study finds that emotional support is a task to be undertaken together by the companion and the medical staff, represented by the nursing staff in this study, providing the parturient with comfort, direction, and information regarding the development of the labor process, in order to promote a positive experience.

Key words: emotional support, psychology, labor, companion, nursing staff

GLOSSÁRIO

- **Termos médicos**

Apgar:¹ avaliação do estado físico de um recém-nascido por atribuições de valores numéricos (0 a 2) a cinco critérios: 1) frequência cardíaca, 2) esforço respiratório, 3) tônus muscular, 4) resposta à estímulos e 5) cor da pele.

Deambulação:² v.(L.deambulare). Andar; vaguear; mover; passear.

Dilatação:¹ (L.dilato.pp.dilatatus,espalhar-se,dilatar).Dilatação.1.Aumento fisiológico ou artificial de uma estrutura ou abertura cavitária. 2. ato de dilatar ou alargar uma abertura ou luz de uma estrutura cavitária.

Distócico:¹ 9 G.dystokia, de dys-,difícil, = tokos, nascimento). Distócia; parto difícil.

Embriotomia:¹ (embryo- + G.Tomé,corte). Embriotomia; qualquer operação mutilante no feto para tornar possível sua remoção quando o parto é impossível por meios naturais.

Enema:¹ (G.). Enema: uma injeção retal para limpeza do intestino, ou administração de medicamentos ou alimentos.

Episiorrafia:¹ (episio- + G. raphè, sutura). Episiorrafia; reparo da vulva lacerada ou uma episiotomia.

Episiotomia:¹ (episio-+G. Tomé, incisão). Episiotomia: incisão cirúrgica da vulva para evitar laceração por ocasião do parto ou para facilitar a cirurgia vaginal.

Litotomia:¹ (litho- +G. Tomé, incisão). Litotomia; litectomia; corte para cálculo ; operação para remoção de um cálculo , especialmenteum cálculo vesical.

Ocitocina:³ é octapeptídio cíclico biossintetizado no núcleo paraventricular do hipotálamo. A utilização da indústria farmacêutica é preparada mediante fracionamento das glândulas hipofisárias posteriores de bovinos, suínos ou outros mamíferos, ou obtida por síntese. A ocitocina estimula a contração da musculatura lisa do útero por efeito indireto, aumentando a

amplitude e duração das contrações uterinas com a consequente dilatação e esvaecimento do cérvix. A resposta uterina aumenta paulatinamente durante a gravidez e atinge seu auge no parto a termo. Exerce também fracos efeitos antidiuréticos.

Ocitócitos²: adj. (G. oxys, rápido, tókos, parto). Que facilita ou apressa o parto.

Parturiente:¹ (L. *parturio*, estar em trabalho de parto). Parturiente: relacionado com o ou no processo de dar a luz.

Período expulsivo:⁴ o segundo período do parto, inicia-se com a dilatação total do cérvix e termina com a expulsão do feto. Caracteriza-se por esforços expulsivos maternos (puxo) e sensação de preenchimento retal com desejo de evacuar, decorrente da pressão da apresentação fetal sobre o reto e os músculos.

Posição de litotomia:¹ posição dorsossacra; posição supina com nádegas na extremidade da mesa cirúrgica, as coxas e os joelhos completamente fletidos e os pés apoiados em alças.

Secundante (after birth):¹ Secundinas: a placenta e as membranas expelidas do útero após o parto.

Tricotomia:² s.f. (G. thrís, cabelo, tomé). Secção ou corte de cabelos ou pêlos .T. Pubianos, nas operações abdominais, etc. Adj. Tricotômico.

Fontes consultadas

1. Stedman Dicionário Médico
2. Dicionário médico
3. Dicionário terapêutico Guanabara
4. Parto, aborto e puerpério Assistência Humanizada a mulher

- **Termos de técnicas terapêuticas não médicas**

aromaterapia:¹ É a medicina milenar natural que utiliza óleos essenciais 100% puros, que atuam no equilíbrio e bem estar do corpo, da mente e do espírito.

Cromoterapia:² É um tratamento com aplicações de banho de luz colorida com lâmpadas, que provocam uma energização de todo sistema celular e conseqüentemente uma auto-cura em todos os níveis do corpo humano. Clinicamente, hormonalmente, quimicamente, no sistema nervoso, emocional e espiritual.

Fontes consultadas.

1. www.originallis.com.br

2. www.chromos.qsl.br

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é, para a mulher, um momento de transformações físicas e intensidade emocional, em que ela pode experimentar diferentes sentimentos e sensações, tais como medo, angústia, alegria, tristeza e alívio de diferentes formas, desde a contenção à expressão de sensações físicas e emocionais. A forma como o trabalho de parto é vivido é fruto da história emocional da parturiente, do modo como a gestação foi vivida, do relacionamento com o parceiro (ou ausência de um), do seu estado de saúde física, da maneira como a mulher é atendida durante o trabalho de parto, além dos aspectos culturais da sociedade em que ela está inserida e que constituem a representação do parto.

Dessa forma, a parturição constitui um fenômeno no qual os fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos interagem ao longo do trabalho de parto. Durante esse processo, a mulher tem de lidar consciente e inconscientemente com todos esses fatores, podendo viver uma experiência positiva, que se reflete na sensação de força e poder, ou uma experiência carregada de sensações negativas que pode ter reflexos em diferentes áreas da vida (Lef, 1997; Maldonado, 1997).

Diante da intensidade emocional e física que a parturiente experimenta, nesse momento, é preciso estar atento às suas necessidades, que se caracterizam pela atenção emocional e vão além dos cuidados técnicos dispensados nas maternidades. Essa atenção ou acompanhamento ajuda a mulher a atravessar essa experiência, propiciando benefícios físicos e emocionais.

Historicamente, o parto foi vivenciado como um evento feminino, acompanhado por membros do grupo social da parturiente, como a mãe, parentes, vizinhas e a parteira, que a auxiliavam durante todo o trabalho de parto. Porém, durante o século XVIII, na Europa, o parto começou a sofrer um processo de medicalização significativa, que atingiu as massas populares nos centros urbanos, em meados do século XX, em vários países do mundo ocidental, inclusive o Brasil (Melo, 1983; Santos, 2002). Esse processo implicou mudança do paradigma da experiência do parto, que deixou de ser um evento feminino, doméstico e fisiológico, passando a ser dominado pelo médico e vivido em um hospital, sob um ponto de vista patológico (Santos, 2002). O reconhecido avanço técnico propiciado pelos médicos

trouxe benefícios, mas também uma prática obstetrícia intervencionista e hegemônica, que ainda caracteriza a atual assistência ao parto.

Uma das perdas significativas ao longo dessa mudança do espaço doméstico para o espaço institucional foi a perda do acompanhamento familiar¹. Na maternidade, a parturiente ficou, e até hoje fica, à mercê da interação com a equipe de saúde, sendo que o atual modelo de assistência é marcado pelos cuidados técnicos, por meio do uso da tecnologia, no momento dessa interação.

Com o advento do parto humanizado, baseado em documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), lançados em 1985 e 1996, o direito ao acompanhante da escolha da parturiente passa a ser preconizado como fator que promove saúde emocional e física, beneficiando a parturiente e influenciando positivamente os resultados do trabalho de parto.

Atualmente, esse é um direito assegurado em lei no Estado de Santa Catarina e de São Paulo e no município do Rio de Janeiro (Carvalho, 2001). Embora a participação de acompanhantes seja um movimento crescente, barreiras ainda são encontradas em muitas maternidades brasileiras, o que dificulta ou impede a participação de um acompanhante durante a internação da mulher.

Pesquisas (Carvalho, 2001; Klaus e Kennell, 1993, 2000) demonstram que, para as mulheres, a participação do pai do bebê durante o parto significa uma fonte de apoio importante; ademais, os benefícios do acompanhamento paterno estendem-se a uma melhor vinculação com o bebê; e o relato de homens que participaram dos partos de suas companheiras apontam esse fato como uma importante experiência na sua vida.

Além disso, pesquisas demonstram que o apoio emocional e contínuo traz benefícios significativos para a parturiente e no desenvolvimento do trabalho de parto (Hodnett, 2001). Os resultados concernem aos indicadores de trabalho de parto, à amamentação, a uma interação mais ativa com o bebê, além de à significação positiva da experiência por parte da mulher. Essas pesquisas foram, inicialmente, desenvolvidas por Sosa, Klaus e Kennell (1981, apud Klaus e Kennell, 1992) e seu foco está na avaliação dos benefícios do acompanhamento contínuo realizado por mulheres treinadas para proporcionar apoio físico e emocional à parturiente. As principais características desse tipo de atenção são apoio emocional por meio de palavras de encorajamento e elogios e apoio físico por meio de toques, massagens, encorajamento para deambulação e mudança de posição, além de

¹ Familiar: a compreensão de ‘familiar’ utilizada neste trabalho é ampla, compreendendo desde um membro da família até um amigo ou conhecido da parturiente.

propiciar à mulher viver o momento do parto de forma autônoma, respeitando suas próprias necessidades e desejos.

Portanto, a comunidade científica reconhece que o apoio emocional tem um impacto positivo no processo do nascimento (Hodnett, 2001).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde preconiza o apoio emocional como uma forma de promover a saúde (OMS, 1996). Nesse sentido, pesquisas acerca do tema são importantes para a construção do conhecimento sobre ele e para a implementação dessa prática.

A partir da importância do apoio emocional para o desenvolvimento de um bom trabalho de parto, a pergunta que norteia esta pesquisa é: ***Quais as características do apoio emocional numa maternidade orientada ao atendimento humanizado?***

Visando respondê-la, realizou-se uma pesquisa, na maternidade do HU, com o propósito de analisar as interações entre equipe de saúde e parturiente e acompanhante e parturiente, caracterizada como um estudo exploratório e descritivo acerca do tema. Essa instituição foi escolhida por preconizar um atendimento orientado à humanização do parto, sendo que, desde sua criação, em 1995, a presença do acompanhante foi contemplada como direito fundamental da parturiente.

O contexto em que se deu a coleta de dados, no tocante ao apoio emocional, caracteriza-se por um centro obstétrico, cujo atendimento busca observar as orientações da OMS. A maternidade do Hospital Universitário (HU) atende às usuárias do serviço público de saúde, cuja preparação para o parto circunscreve, principalmente, as consultas pré-natais, mas elas podem participar de palestras e cursos de preparação, de acordo com os serviços que os postos de saúde oferecem ou a sua disponibilidade pessoal em assistir a esses cursos oferecidos nas maternidades locais.

A partir desse contexto, buscou-se caracterizar o tipo de apoio recebido pela mulher durante o trabalho de parto e como esse apoio é percebido pelas mesmas.

A relevância social desta pesquisa está nas contribuições que os resultados podem trazer para a construção da definição de apoio emocional para a maternidade do HU, propiciando à instituição conhecimento que contribuirá para o melhor desenvolvimento do atendimento à mulher e ao casal e a outros acompanhantes. Em consequência, a maternidade poderá oferecer um serviço que beneficie diretamente a parturiente e sua família, por meio de um atendimento em que se procure compreender o enlace dos fatores emocionais, socioculturais e fisiológicos que influenciam o parto, ou seja, possibilitando um atendimento mais personalizado. Os benefícios estendem-se, ainda, à própria equipe de saúde, que poderá

ampliar sua compreensão e conhecimentos sobre o trabalho de parto. Um projeto que requer uma atuação interdisciplinar, com o objetivo de construir um conceito de saúde mais integrado. Neste contexto a relevância social deste trabalho se estende ao desenvolvimento da atuação da psicologia na saúde, uma vez que esta constitui-se disciplina fundamental na compreensão dos processos de saúde e doença (partindo de uma visão geral), bem como nos processos emocionais que envolvem o nascimento.

Já a relevância científica deste estudo está no desenvolvimento das pesquisas sobre apoio emocional, bem como no estabelecimento dessa linha de estudo no Brasil. Considerando os aspectos emocionais nele envolvidos, o parto constitui fonte de investigação para a psicologia, que tem muito a contribuir em pesquisas que avaliem mais profundamente os benefícios do acompanhamento durante o trabalho de parto e no desenvolvimento emocional da mulher e da família, bem como na qualidade de vinculação do pai com o bebê. Portanto, compreender as características atuais do acompanhamento do parto pelos familiares, bem como pela equipe de saúde, constitui um primeiro passo na construção desse conhecimento.

Motivações para a pesquisa

Há cinco anos, o tema gravidez e parto faz parte do meu repertório de interesses. A razão particular que me motiva a realizar estudos e pesquisas nesta área é a compreensão de como esses eventos promovem mudanças na vida da mulher e da família, sendo uma fonte de crescimento pessoal. O parto em especial é um momento de força e intensidade que demanda uma tarefa emocional de integração das sensações e emoções rumo a um processo de abertura e crescimento.

Após dois anos de estudos e participações em eventos, realizei um estágio extracurricular na maternidade do HU. Durante esse estágio, pude observar o processo de parturição e compreender que, dada a intensidade desse momento, a parturiente, muitas vezes, necessita de apoio emocional, de alguém que a acompanhe e a guie nesse processo, proporcionando conforto e segurança. Essa observação inicial mostrou que a principal pessoa que oferecia o apoio era o acompanhante e, eventualmente, a equipe do centro obstétrico, especialmente a equipe de enfermagem, por meio de orientações e interações físicas e verbais, no intuito de encorajar a paciente. Porém, na primeira observação, percebi que a qualidade do apoio, ou seja, acompanhantes mais ou menos ativos, equipe mais ou menos interativa,

dependia da capacidade e disponibilidade pessoal de quem acompanhava ou atendia à parturiente.

Dessa forma, a partir da compreensão de que o apoio emocional no trabalho de parto traz benefícios significativos à parturiente, contribuindo para a construção do papel de mãe e no seu desenvolvimento emocional, decidi investigar o tema.

O objetivo inicial deste trabalho era analisar os benefícios do acompanhamento contínuo e qualificado oferecido pelas estagiárias de psicologia, na hora do parto. Todavia, dadas as condições do contexto, a pesquisa assumiu um caráter descritivo e exploratório, cujo objetivo geral passou a ser a *caracterização do tipo de apoio oferecido pela equipe de enfermagem e pelo acompanhante à parturiente*. Os objetivos específicos são:

- caracterizar o apoio que a equipe de enfermagem oferece à parturiente e ao acompanhante durante o pré-parto e o parto;
- caracterizar o apoio que o acompanhante oferece à parturiente durante o pré-parto e o parto;
- investigar como as mulheres percebem o apoio dado pela equipe e pelo acompanhante.

A opção em conhecer e caracterizar o apoio emocional oferecido pelo acompanhante se deu em razão de que, atualmente, a equipe de saúde delega ao acompanhante a função de cuidados emocionais de acordo com as pesquisas de Souza Pinto (2001) e Espirito Santo (2000). Além disto, Carvalho (2001) aponta que a mulher / parturiente considera a presença do acompanhante figura fundamental para que ela vivencie o parto. Desta forma o acompanhante - companheiro e pai do bebê - vem tornando-se uma figura cada vez mais presente na sala de parto.

A escolha em caracterizar o tipo de acompanhamento oferecido pela equipe de enfermagem dentro da equipe de saúde se deu em razão de que esta é a parte da equipe que está mais em contato com a parturiente durante o pré-parto, oferecendo atendimento técnico e apoio. O tipo de acompanhamento oferecido pelo acompanhante e pelo corpo de enfermagem foi observado tendo como parâmetro o conceito de apoio emocional desenvolvido a partir dos resultados de pesquisas (Hodnett, 2001).

O desenvolvimento desta pesquisa demandou uma revisão bibliográfica que abarcasse aspectos da psicologia, uma análise da instituição maternidade e o conhecimento de pesquisas sobre acompanhante familiar e apoio emocional. Dessa forma, a revisão da literatura foi dividida em quatro seções.

1) A primeira (2.1) aborda os aspectos emocionais do parto, no intuito de compreender os fatores psicológicos que influenciam a experiência do trabalho de parto. O conhecimento dos fatores que influenciam a dinâmica psíquica da parturiente é fundamental para compreender as questões emocionais envolvidas nesse processo e contribui para o desenvolvimento do conceito e da realização do apoio oferecido à parturiente.

2) A seção 2.2 abordou o parto e a obstetrícia sob quatro aspectos complementares. A princípio, apresentou-se uma leitura sobre a história do parto e da obstetrícia, a fim de mostrar como o modelo de atenção atual foi construído. Em seguida, brevemente, descreveu-se como esse modelo foi implementado no Brasil, nos séculos XIX e XX. Na seção 2.2.3, apresenta-se uma análise do modelo de assistência ao parto atual, desenvolvido pela antropóloga Robbie Davis-Floyd (1987, 1992, 1994a, 1994b) denominado tecnocrático. O principal objetivo até essa parte do texto foi conhecer os fundamentos da atenção ao parto sob um ponto de vista crítico desenvolvido pela autora. Ainda nessa seção, descreve-se o ideal do parto humanizado, a partir da publicação de documentos da OMS (1985, 1996) que preconizam um atendimento baseado nas evidências científicas e no direito a privacidade e a acompanhante durante o trabalho de parto.

3) Em seguida, no texto sobre o acompanhante, buscou-se apontar a importância, possibilidades e limitações de sua atuação junto à parturiente. O foco dessa seção é a participação do homem no trabalho de parto, uma vez que esse evento se apresenta como uma tendência crescente, caracterizando um fator que contribui na transformação do papel de pai que o homem experimenta, nesse momento (Carvalho, 2001). O apoio oferecido pelo pai é significativo para a mulher e para o desenvolvimento dos vínculos familiares, podendo trazer crescimento para o próprio homem. Além disso, o homem pode ser um acompanhante ativo e oferecer o apoio de que a mulher necessita para que o parto se desenvolva bem e seja uma boa experiência.

4) A última parte da fundamentação teórica refere-se ao conceito de apoio emocional e físico. A literatura atual sobre o assunto está baseada no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. Nesse contexto, os estudos sobre doulas e sobre o que é apoio emocional são descritos. Em seguida, discutem-se as características pesquisadas sobre o apoio oferecido pela equipe de enfermagem e pelo acompanhante, em relação ao conceito de apoio emocional desenvolvido e preconizado pelas pesquisas de Hodnett (2001 e 2002), Gagnon (1997), Klaus e Kennell (1993). Por fim, descreve-se o conceito de apoio emocional.

Na seção 5, descreve-se o método, a partir do conceito de abordagem qualitativa de pesquisa. Em seguida, o estudo piloto é exposto, suas características e as mudanças no

projeto, decorrentes dessa experiência. Essa parte da pesquisa proporcionou, em primeiro lugar, conhecer os membros do centro obstétrico, bem como seu funcionamento, estruturar o modo como a observação foi realizada, bem como fazer as alterações necessárias no questionário. Ao final dessa etapa, constatou-se que os objetivos da pesquisa teriam de sofrer um ajuste, em função da realidade. Isso mudou a característica do projeto inicial, que deixou de ser um estudo experimental e passou a ser um estudo exploratório e descritivo.

A seguir, os critérios de participação na pesquisa são descritos, bem como a forma como o grupo de participantes foi formado. O procedimento de coleta de dados compreendeu observações e entrevistas que foram codificadas e separadas em categorias, como está apresentado na seção 5.5 sobre procedimento de análise de dados.

Quanto à categorização do apoio emocional, a análise dos resultados apresentou três categorias de interação para a equipe de enfermagem: atendimento de rotina, atendimento de atenção e atendimento de apoio emocional. Para o acompanhante, foram descritas três categorias de interação: presença passiva, referência emocional e apoio emocional.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos Emocionais do Parto

A maternidade e a paternidade são acontecimentos que fazem parte do desenvolvimento emocional do ser humano. A chegada de um bebê traz mudanças pessoais e interpessoais para cada membro da família, sobretudo, para o casal, que estará envolvido diretamente nos cuidados e no desenvolvimento do bebê, consolidando novos papéis emocionais e familiares. Para Maldonado (1997), a chegada de um filho é sempre uma oportunidade de crescimento, de integração emocional, que pode modificar aspectos da identidade do casal a partir da experiência da gravidez e do parto.

Os aspectos fisiológicos da gestação e do parto concernem às mudanças físicas que a mulher experimenta durante esse período, desde os possíveis enjoos e sonolência, tipicamente identificados no início da gestação, a mudança contínua e progressiva de seu esquema corporal, com o bebê mexendo dentro do útero, o aumento de peso, o desconforto do fim da gravidez até o trabalho de parto, finalizando esse processo. Não é objetivo deste trabalho discorrer sobre essas mudanças fisiológicas, mas salientar que a percepção e a vivência dessas experiências são constituídas pelas marcas emocionais e socioculturais que envolvem esse processo.

A gravidez e parto são fenômenos vivenciados de forma diferente em cada cultura, isto é, a forma como os partos acontecem e como eles são relatados no contexto em que a mulher está inserida – na família, na cultura da cidade e região – compõem a vivência e a construção da representação da gravidez e do parto, construindo, assim, esses aspectos da subjetividade² feminina. Estudos antropológicos evidenciam a influência direta da cultura sobre a maneira de conceber e vivenciar a gravidez e o nascimento. Mead (apud Langer, 1986) relata que, em sociedades que consideram que a gravidez deve ser acompanhada de

² Subjetividade: “A subjetividade individual é determinada socialmente, mas não por um determinismo linear externo, do social ao subjetivo, e sim por um processo de constituição que integra de forma simultânea as subjetividades social e individual. O indivíduo é um elemento constituinte da subjetividade social e, simultaneamente, se constitui nela.... A subjetividade é um sistema processual, plurideterminado, contraditório, em constante desenvolvimento, sensível à qualidade de seus momentos atuais, o qual tem um papel essencial nas diferentes opções do sujeito” (González Rey, 2002, p. 37).

mal-estar e o parto de dores, essas características são de fato observadas. Langer descreve, ainda, as observações de Read em *Child without Fear* (1944), que demonstram que mulheres que tiveram partos difíceis haviam sido criadas em um ambiente onde essa experiência é relatada como dolorida e angustiante; enquanto as mulheres que tiveram partos mais fáceis relataram a memória de uma boa experiência familiar.

Dessa forma, em conjunto com as questões culturais, que dão significado à gravidez e ao parto, o contexto social influencia diretamente essa experiência. Um exemplo disso é a condição econômica da família, que pode constituir uma fonte de preocupação, principalmente, se parte ou toda a renda familiar depende da grávida. Trabalhar fora, tomar decisões quanto ao orçamento e ter de lidar com limitações financeiras pode trazer preocupação e frustrações durante a gravidez, dificultando uma vivência mais prazerosa desse momento (Maldonado, 1997).

Outro importante fator que interfere na gravidez e no parto é o acesso à informação quanto às mudanças e aos cuidados concernentes a esse período, bem como a informações sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e as opções de parto oferecidas na instituição em que a mulher vai dar a luz. Para uma mulher que vive numa sociedade ocidental e urbana, o acesso a informação pode ser um diferencial na gravidez e no parto, pois, à medida que as dúvidas são esclarecidas e ela se familiariza com as várias etapas da gravidez e do parto, o que é desconhecido torna-se menos ansiogênico.

Mais além da construção cultural da representação da gestação e do parto e das condições sociais nas quais a família da grávida se encontra, os aspectos psíquicos pessoais de cada ser humano conferem um tom particular à experiência, caracterizada por escolhas e aspectos conscientes e inconscientes. A vivência de uma gestação é marcada pela mudança, principalmente, pela mudança de papel social quando a mulher e o homem deixam o lugar de filho e assumem o lugar de pais. Na mulher, isso é mais evidente, pois as transformações são visíveis e esse é o momento em que, social e psicologicamente, ela adapta-se à maternidade. Essas sensações de transformação repetem-se nas gestações posteriores quando, por exemplo, a mulher depara-se com o fato de ter de dividir a atenção com o segundo filho ou com a preocupação de não repetir ‘os erros’ que cometeu com o primeiro (Maldonado, 1997).

A grávida pode experimentar esse momento de transformação de forma bem adaptada, elaborando as dúvidas, ansiedades e medos, em conjunto com conteúdos inconscientes, e vivenciar, assim, uma gestação tranqüila. Porém, de acordo com as possibilidades emocionais de cada grávida, e também do casal, esse momento de transição

pode se transformar em um momento de crise e a gravidez pode ser vivida com momentos de angústia e transtornos quando os conteúdos psíquicos infantis são vivenciados por meio de diferentes sinais e sintomas, como hipersonia e voracidade até sintomas mais graves como a hipermerese gravídica, caracterizando uma gravidez patológica (Maldonado, 1997; Langer, 1986; Soifer, 1980; Lef, 1997).

Pode-se compreender a dinâmica psíquica da grávida a partir dos processos de identificação com a mãe e com o feto. Para Langer (1986), durante a gravidez e o parto, a relação primitiva da grávida com sua própria mãe repete-se; a grávida identifica-se com a mãe, pois ela está assumindo esse novo papel. Nesse sentido, as sensações são novamente vividas com intensa carga emocional. Nesse processo, a grávida identifica-se também com o feto no lugar primitivo de filha, como aponta Maldonado:

A possibilidade de revivência e maior percepção da relação da grávida com sua mãe refere-se, basicamente, à questão da dupla identificação em seus diferentes matizes: a identificação com o feto e com sua própria mãe, englobando não só a relação interpessoal entre a gestante e sua mãe como também a imagem materna internalizada, as lembranças infantis e as representações culturais sobre o papel da mulher-mãe assimiladas no decorrer da vida (1989, p. 28).

Para Soifer (1980) e Langer (1980), é em função da identificação com o feto que a grávida experimenta uma situação de regressão emocional expressa pela sensação de dependência, por meio do desejo de atenção e cuidado ou do surgimento de sintomas de voracidade e hipersonia, como expressões inconscientes da gravidez. Esse processo de regressão emocional pode iniciar antes mesmo da descoberta da gravidez e estender-se até o puerpério.

É por meio desses processos de dupla identificação que a grávida revive, e possivelmente elabora, sua experiência de filha e elabora o seu papel de mãe. Esse processo de natureza exigente pode conduzir a uma gravidez conflitiva e um parto difícil ou possibilitar à grávida ampliar sua capacidade emocional o que pode resultar numa experiência de parto positiva.

Essa breve exposição sobre alguns aspectos da gravidez foi necessária como embasamento prévio para abordar o parto, uma vez que ele é o ápice do processo de tornar-se mãe e pai e fruto da vivência de aspectos conscientes e inconscientes do processo de transição que marca a gravidez. A partir da explanação, percebe-se que a forma como o parto acontece é tecida por aspectos culturais e sociais, pela condição de saúde física da mulher e do feto, pela relação com o pai do bebê, pela maneira como a gravidez foi vivenciada, pelo nível de

informação sobre gravidez e parto a que a família teve acesso e por toda a vivência emocional dos nove meses de espera pelo nascimento do bebê.

Fisiologicamente, o parto é fruto da interação de diversos fatores, como a contração uterina e alterações bioquímicas. Porém, ainda não está claro qual a causa que o inicia, sendo, provavelmente, a interação de múltiplos fatores complexos e inter-relacionados (Rezende, 1995). Emocionalmente, esse momento é influenciado por vários fatores. Para Maldonado (1997) e Soifer (1980), o início do trabalho de parto define um ponto de irreversibilidade. O desencadeamento do parto está fora do controle da parturiente; uma vez que não se sabe como e quando ele vai acabar. As mudanças no corpo são rápidas e vigorosas em comparação com a gravidez, que se caracteriza por um processo lento e gradativo. Essa mudança repentina do esquema corporal e a irreversibilidade do processo podem ser fontes de ansiedade, em função da falta de controle que a parturiente experimenta.

Uma das tarefas psicológicas que marcam o trabalho de parto é o início da separação da grávida e do feto. Durante meses, a mãe foi fonte de alimento e cuidados e, então, a vida que se desenvolvia dentro de sua barriga, numa relação simbiótica, passa a desempenhar suas próprias funções vitais, como respirar, evacuar e se alimentar (Soifer, 1980). Essa separação é, também, segundo Maldonado (1997), uma tarefa psicológica:

[...] com o parto, dá-se o primeiro passo decisivo dentro do contínuo simbiose-separação: dois seres, antes unidos, se separam e uma das tarefas psicológicas mais importantes da gestante é sentir, desde a gravidez, o filho como um indivíduo singular, diferenciado dela, de forma que, no momento do parto, a separação física e emocional se integrem (p. 67).

Enfim, a representação dessa separação não está ancorada somente na existência do bebê 'independente', fisiologicamente, da mãe, mas na separação desses dois corpos. O bebê não é somente da mãe, pois ele já existe sem ela. Para algumas mulheres, essa separação é vivida como um vazio emocional interno, com a volta de um corpo não grávido. Outras mulheres relacionam-se com o bebê como um ser separado e conseguem elaborar a separação naturalmente.

Outro aspecto emocional próprio da situação de parto é fruto do processo de dupla identificação ocorrido ao longo da gravidez. Nesse momento, a identificação com o feto é realçada pelo processo de regressão emocional experimentado pela parturiente. Para Klaus e Kennell (2000), Maldonado (1997) e Langer (1981), a mulher estaria vivenciando um momento de intensidade emocional, revivendo o seu próprio parto e a angústia de separação

da sua mãe. Como expõe Langer: “A angústia do parto é, pois, a revivescência da angústia mais arcaica que conhecemos, a da separação da mãe” (1981, p. 217).

Para Winnicott (1978) esse estado regressivo inicia no final da gravidez e continua por algumas semanas após o parto. Ele denomina-o estado de “preocupação materna primária”, que se caracteriza por um momento de sensibilidade aumentada da mãe. Para Winnicott, se não fosse a gravidez, poder-se-ia considerar que é um estado quase doentio, uma espécie de fuga da realidade, justamente em função dessa regressão emocional³. Porém, esse estado tem um papel fundamental, que é possibilitar que a mãe esteja atenta às necessidades do bebê. De acordo com o autor:

Somente quando possuí uma sensibilidade do tipo que estou descrevendo é que uma mãe pode se sentir como se estivesse no lugar do bebê e deste modo responder às necessidades do bebê. Estas são inicialmente necessidades corporais e gradualmente tornam-se necessidades do ego, à medida que, a partir de uma elaboração imaginativa da experiência física, surge a psicologia (p. 496).

A internação na maternidade traz novos elementos com que a parturiente tem de lidar, além do que está acontecendo com seu corpo e suas emoções. O processo de irreversibilidade, citado anteriormente, ganha contornos definitivos, nesse momento, marcando a proximidade do parto, num ambiente desconhecido. A mulher em trabalho de parto sai da sua casa, seu lugar de referência, e vai para um ambiente estranho onde vai tratar com pessoas desconhecidas e sofrer intervenções físicas, que se assemelham aos cuidados que se têm com os doentes, de modo que a sua condição é associada a um estado de doença.

Como ressalta Lef (1997):

Mães que tencionam dar a luz em hospital preocupam-se com a recepção que ela e seu bebê terão. Imaginando o horror de estar em um ambiente estranho, a mulher sente-se desorientada. Temerosa de que possa perder sua posição, saindo do odor confortante e dos limites familiares de seu lar, receia ab-rogar a administração de seu corpo a pessoas que não conhece e nem confia. Sente náuseas ao pensar em ser intimidada pela atmosfera clínica da sala de partos, conjecturando se poderia perder sua autoconfiança sob condições de dor extrema; começa a gritar e não pára mais; ou não sentir-se livre para experimentar suas próprias sensações, sob a dupla ordem de serviços de pressões interiores de ter que ser boa e agir sensivelmente e o comando exterior de bem intencionados estranhos... (p. 116).

³ Regressão: de acordo com Laplanche (1992, p. 444), a regressão é “no sentido formal, uma passagem de modo de expressão e de comportamento para um nível inferior do ponto de vista da complexidade da estruturação e da diferenciação”.

Nessa passagem, é possível perceber como as sensações podem estar condicionadas ao lugar e à forma de atendimento, pois a parturiente acredita ter de lidar com as expectativas de comportamento da equipe de saúde em relação a ela. Num estudo realizado no México, por Campero, Garcia, Diaz, Ortiz, Reynoso e Langer (1998), as mães declararam moldar seu comportamento em função do que acreditavam que se esperava delas. De acordo com a pesquisa, as mães que estavam menos agitadas e atravessavam o trabalho de parto sem gritar declararam receber mais atenção do que as que eram muito agitadas e gritavam mais. Esse mesmo fenômeno é também observado na pesquisa de Moraes (2000) que, por meio de observações, verificou que as parturientes menos agitadas recebiam mais atenção do que aquelas mais agitadas e que reclamavam mais.

Vale apontar que a equipe fica emocionalmente tomada pelo trabalho de parto e que a atitude de evitar as parturientes que expressam dor e angústia seria uma forma conhecida de proteger-se da carga emocional gerada pela situação, pois, segundo Soifer (1980) e Lef (1997), a equipe e o acompanhante envolvidos no trabalho de parto estão sujeitos a reviver, inconscientemente, a angústia de separação de seus próprios partos, só que em menor grau. Nas palavras de Soifer: “todos aqueles que rodeiam a gestante, especialmente o marido, participam dessa ansiedade, se bem que em menor grau” (1980, p. 54).

Essa atitude de evitar envolvimento com a parturiente está ancorada nos princípios de comportamento e organização da instituição médica. Um exemplo disso é o atendimento fragmentado que a parturiente recebe e que dificulta o estabelecimento de um vínculo entre ela e os membros da equipe, para acompanhá-la e ajudá-la de forma mais integral nesse processo. O atendimento fragmentado caracteriza-se, principalmente, por uma atenção técnica que se preocupa em avaliar o desenvolvimento do parto no que concerne a seu aspecto fisiológico, muitas vezes, sem considerar ou saber lidar com os aspectos emocionais envolvidos.

Cada parturiente responde de forma diferente à interação dos fatores emocionais fisiológicos e sociais que caracterizam o trabalho de parto, o que confere a essa experiência um caráter individual e único para cada mulher e para cada parto. Isso não se restringe somente a como a mulher atribui significado a essa experiência, mas a como ela de fato acontece. A maneira como a mulher lida emocionalmente com as transformações que ocorrem rapidamente em seu corpo vai desenhando o trabalho de parto. A exemplo disso, Maldonado (1997) cita que uma mulher com características obsessivas pode estar, principalmente, preocupada com o desempenho dela em função da técnica de respiração e relaxamento. Outro

exemplo é que a mulher, quando sente medo e ansiedade diante das contrações, pode vivenciar esse processo como extremamente doloroso e ocorrer, então, um parto difícil e, às vezes, traumático.

As sensações físicas e as transformações em curso estão carregadas, muitas vezes, principalmente, para as primi-parturientes, de ansiedade e medo do porvir. Mesmo a separação da mãe e o bebê, tarefa psicológica, como denomina Maldonado (1997) está marcada pela sensação de medo do desconhecido, pois é o momento de conhecer aquele bebê e saber como a vida vai ser depois da sua chegada. Essas tensões emocionais expressam-se fisicamente quando propiciam contrações da musculatura em geral e, sobretudo, da região pélvica, desfavorecendo o relaxamento necessário para que o processo de abertura da pelve e do útero sejam suavemente progressivos e melhor tolerados pela mulher. Os espasmos que advêm das tensões musculares tendem a tornar esse processo de expansão doloroso (Soifer 1980).

Essa carga de sentimentos e/ou sintomas que podem emergir na hora do parto podem ser manejáveis, permitindo uma integração dos conteúdos atuais e históricos, e, com isso, fortalecer emocionalmente a mulher. Para tanto, é preciso respeitar a individualidade de cada mulher, sendo sensível às transformações que lhe acontecem e aos seus desejos durante o trabalho de parto.

2.2 O Parto e a Obstetrícia

2.2.1 A história do parto e da obstetrícia

Nesta seção, pretende-se descrever as linhas gerais e os pontos comuns da história do parto e da obstetrícia na sociedade ocidental, a fim de compreender o modelo de atenção ao parto presente nos dias de hoje e como ele determina o processo da parturição.

Descrever a história do parto é também falar da constituição social dos povos. Barbout (1990), em *História do nascimento através dos tempos e dos povos*, demonstra como o parto está sujeito às crenças e aos valores da sociedade em que ele ocorre. Nesse sentido, a história do parto institucionalizado e do parto medicalizado, existente hoje no mundo ocidental, remonta ao início do estabelecimento da prática da obstetrícia médica, a partir do

século XVI (Melo, 1983; Barbout, 1990; Santos, 2002). A história da obstetrícia e do parto misturaram-se nos últimos 500 anos, mas a história do parto é tão antiga quanto a história da humanidade.

No levantamento sobre os primórdios da atenção ao parto, Melo (1983) aponta que o parto era, inicialmente, um acontecimento solitário e que, a partir do estabelecimento da família monogâmica e patriarcal, a parturiente passou a receber ajuda de outras mulheres durante o trabalho de parto, o que o tornou um evento, principalmente, feminino.

Assim, o surgimento da obstetrícia se deu no momento em que o parto deixou de ser um episódio solitário, quando participavam apenas a mãe e o conceito, e passou a ser assistido pelas próprias mulheres, num ato solidário e de conforto à parturiente (p. 11).

Indícios históricos sobre os povos primitivos apontam, de acordo com Melo (1983), que as parteiras, *aparadeiras*, *comadres* ou *matronas*, eram múltiparas que acompanhavam e ajudavam as parturientes, a partir de suas experiências e da prática tocológica. Nesse sentido, a atividade dessas mulheres estava baseada num conhecimento prático, que foi plenamente reconhecido e legitimado pela sociedade, até a Idade Média, aproximadamente.

O conhecimento teórico sobre o parto teve seus fundamentos na escola hipocrática, que relacionou dados de observações, indo além das explicações divinas vigentes na época. Assim, a gravidez e o parto passaram a constituir fenômenos a serem estudados pelos médicos e filósofos da época. Exemplos das conclusões foram a descoberta de que o sangramento da mulher grávida indicava perigo de aborto e de que as infecções puerperais eram razão de mortalidade materna. Porém, essas descobertas não trouxeram avanços práticos na resolução dos problemas que as parteiras enfrentavam (Melo, 1983).

Nesse sentido, é fundamental destacar que as parteiras exerciam sua atividade ao largo do desenvolvimento da medicina. Conforme Santos (2002, p. 66): “A assistência aos partos permaneceu à margem da prática médica e não se estabeleceu um processo metodológico de acumulação de conhecimento a partir do saber empírico dessas mulheres”.

As mulheres daquela época, e de muitas outras, não gozavam da mesma posição social dos homens e, portanto, a elas era negado o direito de estudar. Melo (1983) estabelece uma relação entre a condição social da mulher e a prática das parteiras, as quais estiveram subjugadas ao poder masculino desde o desenvolvimento da obstetrícia médica; ou seja, desde

a sociedade grego-romana, mesmo desfrutando reconhecimento social, a prática das parteiras estava subjugada ao conhecimento teórico desenvolvido pelos médicos, que atendiam partos distócicos e eram responsáveis pela realização das embriotomias.

Dessa forma, o conhecimento teórico sobre a anatomia e fisiologia do parto foi desenvolvido e acumulado pelos médicos e cientistas daquela época, o que possibilitou o desenvolvimento de tecnologias obstétricas que diferenciavam o atendimento dos médicos parteiros do das parteiras e serviam como instrumento de poder.

A partir do século XVI com o fortalecimento da medicina por meio das instituições de ensino religioso e laico, o último submetido ao governo monárquico de cada nação, a posição da parteira, sobretudo, da urbana, progressivamente, submeteu-se ao poder médico, como aponta Melo:

A obstetrícia, portanto, milenarmente praticada pelas parteiras, à margem da prática social da medicina, será paulatinamente por ela incorporada e supervisionada. Acentuar-se-á o processo de regulamentação da prática das parteiras e o conflito entre estas e os médicos cirurgiões (1983, p. 73).

Esse processo gradual de controle da prática das parteiras foi legitimado pelo Estado, que criava decretos e leis que regulamentavam tal prática. Além disso, a igreja estabeleceu normas de conduta moral sob o terror da inquisição e firmou-se como instituição provedora de licença de trabalho na Inglaterra, em 1547, e em Frankfurt, em 1573 (Melo, 1983; Santos, 2002). Nesse contexto, parteiras tinham de ser religiosamente virtuosas e socialmente reconhecidas, sendo que a elas cabia a responsabilidade do batismo, em caso de risco de morte. Outrossim, práticas como aborto e encantamento colocavam-nas em perigo, pois poderiam ser tomadas como bruxas e julgadas pela inquisição, sendo, portanto, coibidas.

O Estado regulamentou o ofício de partejar via treinamentos e registro das parteiras, bem como delimitou seu campo de atuação, determinando a busca de auxílio médico em casos de partos distócicos. Embora o treinamento tenha se tornado uma etapa para o exercício da profissão, fica evidente que à mulher parteira era negada a possibilidade de se aprofundar nos estudos e assumir um papel de avanço na obstetrícia. De acordo com Melo:

Era objeto da prática milenar das parteiras a Tocologia, que ascendia na escala social, na medida que adentrava paulatinamente o campo do saber e do conhecimento médico, mas que deixava para trás o seu principal protagonista: a própria parteira (1983, p. 79).

O advento do fórcepe, desenvolvido pela família Chamberlen, e o da posição horizontal de parto, atribuído a Mauriceau e Guillemeau, tecnologias adotadas a partir do século XVII, são marcas reconhecidas do processo de medicalização do parto (Maldonado, 1997; Videla, 1997). Ademais, o conhecimento teórico acerca da fisiologia do parto e da anatomia da mulher continuou a ser desenvolvido pelos médicos e publicado em obras que consolidaram a revolução da obstetrícia médica no século XVIII; e a criação de maternidades possibilitou o acesso de médicos parteiros ao treinamento, a partir de meados do século XVIII (Melo, 1983; Santos, 2002).

Ainda, como expõe Wilson (1995),

Várias instituições surgiram nesta época em Londres, incluindo maternidades (4 entre 1749 e 1767), o ensino sistemático voltado à formação dos homens-parteiros (liderado por Smellie, que ensinou aproximadamente 900 alunos do sexo masculino entre 1740 e 1750). Algumas destas iniciativas obtiveram eco no interior o que facilitou a disseminação da nova profissão (apud Santos, 2002, p. 58).

Vale apontar que o surgimento da maternidade hospitalar deu-se antes das descobertas revolucionárias de Louis Pasteur (1822-1895), quando se apresentava um alto índice de mortalidade materna, devido a infecções puerperais. As cesarianas realizadas nas maternidades também resultavam em um alto índice de mortalidade materna, chegando a mais de 90% (Melo, 1983).

Os médicos parteiros, treinados e detentores de conhecimento e tecnologia diferenciados das parteiras, assumem o atendimento ao parto entre os burgueses e membros da realeza, primeiramente, e, depois, paulatinamente, ganham reconhecimento geral na sociedade. Porém, esse processo não se dá sem resistência. De acordo com Barbout (1990), havia grande oposição, por parte da sociedade, a que as mulheres fossem atendidas por um homem, pois isso era considerado imoral, sendo que elas mesmas temiam perder virtudes e moralidade, quando atendidas por um homem. Outra fonte de resistência era o movimento das parteiras, que acusavam de intervencionista o atendimento dos obstetras, e eles de desrespeitosos para com o trabalho delas.

Esse processo de transição da atenção ao parto da parteira para o médico obstetra significou também uma mudança na forma de percepção da gravidez e do parto. Para a sociedade ocidental, o parto era um evento natural e fisiológico até o aparecimento da prática da obstetrícia médica. Os partos eram atendidos pelas mulheres, na presença de outras figuras femininas, como a mãe, irmãs ou vizinhas e eram influenciados por crenças locais e

familiares. As parteiras eram as representantes da concepção do parto como evento feminino e normal, cujo atendimento ia além das questões técnicas. Isso fica evidente nas palavras de Louyse de Bourgeois (1563-1636), responsável pelo treinamento das parteiras da França e a primeira parteira a escrever um livro sobre parturição:

... uma abordagem, ao parto e nascimento, expectante e não intervencionista, argumentava contra as manipulações praticadas pelos cirurgiões, reconhecia a importância da condição emocional da parturiente e sugeria a todos que fossem atender mulheres na hora do parto a proverem apoio emocional, sugerir posições confortáveis e encorajá-las, a tratar cada gravidez como uma experiência singular e individual e a respeitarem o poder e o mistério do nascimento –filosofia que permanece como a viga mestra do ofício de parteira até os dias atuais (in Santos, 2002, p. 54).

Enquanto a prática da parteira estava fundamentada na concepção de parto como processo natural e fisiológico, o obstetra ou médico parteiro construiu sua prática a partir dos partos distócicos aos quais eram chamados para atender. Portanto, a percepção da gestação e nascimento dentro da prática médica deu-se dentro do modelo patológico. O parto passa a ser encarado como um problema de saúde que necessita de intervenção médica.

Todas essas transformação da obstetrícia ocorreram até o século XVIII; porém, para que o processo de medicalização do parto, na forma que o encontramos na sociedade hoje, ocorresse, outros aspectos, além do desenvolvimento de conhecimento e tecnologia médica, participaram ativamente na construção do modelo de atenção atual.

Nesse sentido, é fundamental apontar que a transição do hospital de lugar de pobres e moribundos à espera da morte para lugar de cura foi crucial na composição da revolução da obstetrícia. Para Foulcault (1993), esse processo iniciou-se nos hospitais militares, no intuito de salvar e vigiar os doentes e feridos. Para tanto, a transformação começou com a radicalização, extirpação, dos efeitos negativos encontrados no hospital, e isso se traduz na organização do espaço caótico que caracterizava as instituições da época. A organização do espaço implica disciplina, representada pelo controle da doença, por meio do acompanhamento do seu desenvolvimento e do registro contínuo desse processo, bem como vigiar o doente.

Segundo Foulcault (1993), a partir dessa transformação é que iniciou o processo de medicalização do hospital, com o deslocamento do médico do espaço individual para o espaço coletivo. A atividade do médico dentro do hospital passou a ser decisiva e sua presença fundamental para o funcionamento da instituição, detendo ele, assim, um lugar de

poder dentro da organização. A partir dessa nova composição, o hospital transformou-se no *locus* da formação médica.

Além da transformação do hospital, aspectos filosóficos consolidaram a revolução obstétrica e construíram o atual modelo. Santos (2002) aponta que a igreja deixou de ser referencial político e de determinação de pensamento e o desenvolvimento da ciência e a disseminação de uma filosofia cartesiana formaram o pano de fundo desse processo:

Descartes, Bacon, Hobbes e outros pensadores desenvolveram e disseminaram uma filosofia que assume um universo mecanicista e seguidor de leis previsíveis, que os diferenciavam das teorias medievais e que tornava possível seu entendimento por meio da ciência e seu domínio por meio da tecnologia (p. 60).

Esta ciência em desenvolvimento tomou então o modelo mecanicista, cartesiano, como seu alicerce filosófico e encarou o desafio de transportar tais conceitos para a funcionalidade do corpo, assemelhando-o à máquina. Esta transfiguração foi crucial no desenvolvimento da sociedade ocidental (p. 61).

Junto com a inserção desse novo paradigma filosófico, transformações sociais que ocorreram no século XVIII e XIX, principalmente, a Revolução Industrial, caracterizaram uma nova forma de relações de trabalho e produção. A crescente urbanização, a migração do povo do campo para as cidades, o crescimento das indústrias e o estabelecimento da mão-de-obra barata, em conjunto com a inserção das mulheres e crianças no trabalho, configuraram uma nova ordem social, representada pelo acúmulo de riqueza do dono do capital e pela pauperização do trabalhador. Esse processo, de acordo com Melo (1983), teve severas consequências no campo da saúde, o que compeliu o governo a assumir políticas de saúde social, incluindo, ativamente, cuidados com a gestante. Como aponta esse autor:

À medida que foram diminuindo as possibilidades de se recrutar elementos novos para repor os que saíam do processo de produção, por doença ou morte, os industriais – e o estado – perceberam que era necessário garantir a reprodução de gerações de trabalhadores para repor a força de trabalho desgastada (p. 107).

Portanto, o desenvolvimento científico e tecnológico, a transformação do hospital em lugar de cura, o pensamento mecanicista como fonte inspiradora da ciência na sociedade ocidental, o processo de urbanização e as transformações sociais que ocorreram no século XVIII e XIX foram os aspectos fundamentais que constituíram o processo de medicalização e institucionalização do parto. Porém, esse processo atingiu proporções de massa popular, em meados da segunda metade do século XX, nos Estados Unidos e em alguns países da Europa,

quando o parto saiu do âmbito doméstico e familiar e migrou para o ambiente hospitalar, ficando sujeito, então, a um olhar médico-tecnológico e de poder sobre o indivíduo (Santos, 2002; Melo, 1983).

2.2.2 A história da obstetrícia no Brasil

A história da obstetrícia médica, no Brasil, iniciou com a vinda de D. João VI, em 1808. Antes disso, a atenção ao parto caracterizava-se pela presença de familiares femininos e da parteira, cuja assistência se baseava na experiência própria ou em aprendizado familiar. Hotimsky (2001) ressalta, ainda, que a presença do homem não era rara no momento do parto, na ausência de mulheres para atender à parturiente. Até então, o parto era concebido como um evento natural e fisiológico da mulher.

Com a chegada da coroa portuguesa, a obstetrícia nasceu no Brasil, junto com a medicina. Iniciou-se a atividade de ensino da obstetrícia como especialidade médica, sendo que, em 1847, foi criada a maternidade Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, abrindo espaço para o treinamento da prática médica (Santos, 2002). Porém, de acordo com Hotimsky (2001), havia resistência ao atendimento do médico parteiro; pois tanto a sociedade quanto a igreja consideravam imoral um homem assistir a um parto. Dessa forma, a participação masculina no parto restringia-se a partos distócicos, consoante ao que ocorria na Europa.

O padrão de desenvolvimento repetiu-se, também, no que concerne ao controle sobre a atuação das parteiras. Foram instituídos cursos de formação para elas, que foram trazidas para trabalhar junto com os médicos, sob sua supervisão. Para Hotimsky, trazer as parteiras para o hospital e criar a formação de enfermeira obstétrica contribuíram para a construção da autoridade médica e para a diminuição da atuação da parteira, principalmente, no espaço urbano.

Assim, no Brasil, o parto passou a ser um fato médico e institucional, a partir de meados do século XX, nos centros urbanos, tornando-se cada vez mais objeto de intensa atividade na clínica médica. Atualmente, uma grande parcela dos partos é realizada em instituições hospitalares, sendo que, de acordo com os dados do Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br), no ano de 2000 um total de 3.093.977 partos foram realizados em instituições hospitalares e um total de 40.829 de partos domiciliares foram registrados.

2.2.3 Modelo tecnocrático

Na seção sobre a história do parto e obstetrícia, verificou-se que o modelo atual de atenção institucional à maternidade tem seus fundamentos históricos no processo de exclusão da parteira, na construção da prática sobre a idéia dos partos distócicos e no desenvolvimento da tecnologia e conhecimento sobre a fisiologia e dinâmica do parto. Dessa forma, esse modelo, muitas vezes, propicia o intervencionismo, isto é, o parto como evento feminino e doméstico transformou-se em evento médico e institucional, sob o comando patriarcal.

Observou-se, também, que transformações sociais e mudanças de paradigmas filosóficos fundamentaram o modelo de atenção médica atual. O processo de urbanização e industrialização, o desfacelamento do poder da igreja como referência social e o crescimento da ciência cartesiana e positivista no meio social formam a base dessa transformação.

A análise do modelo atual de atendimento à gravidez e parto, delineada a seguir, compreende essas prerrogativas históricas no bojo de sua teoria. Para tanto, será considerado o conceito, ou teoria, desenvolvido pela antropóloga Robbie Davis-Floyd (1987, 1992, 1994a, 1994b, 1996), que fundamenta sua compreensão do modelo atual sob a égide do conceito da tecnocracia⁴, da hegemonia⁵ e do patriarcalismo⁶.

A autora, ao analisar os rituais de passagem no nascimento nos Estados Unidos, conclui que a prática médica está arraigada num conjunto de crenças e ritos fundamentados na ciência e tecnologia que permeiam a prática dos médicos perpetuada nas rotinas dos hospitais. O contínuo desenvolvimento de conhecimento e tecnologia que nutre tal prática se dá por meio do processo de objetificação, separação e controle do corpo humano e na tentativa de controlar a natureza. Esses conceitos estão entrelaçados, um sendo parte do outro na formação do modelo atual. A objetificação dá-se a partir da compreensão do corpo como uma máquina, cuja dinâmica é objeto de conhecimento e escrutínio. A separação do corpo do espírito ou mente deu-se como uma forma de possibilitar o manuseio do corpo, preservando a essência do paciente, isto é, o que padece é corpo e não o ser humano como ser completo. Dessa forma, o médico e outros trabalhadores da saúde alienam-se da parturiente, tratando de seu corpo. Essa separação do corpo e da mente, binômio ainda não superado, deu margem ao crescente

⁴ Tecnocracia: “sistema de organização política e social baseado na predominância dos técnicos” (Ferreira, 1988).

⁵ Hegemonia: (1) Preponderância de uma cidade ou um povo sobre outras cidades ou outros povos. (2) preponderância, supremacia, superioridade (Ferreira, 1988).

processo de atomização do ser humano em diferentes níveis. Na medicina, o corpo é dividido em partes e, na obstetrícia, essa visão perpetua-se, uma vez que:

The history of Western obstetrics is the history of technologies of separation. We've separated milk from breast, mothers from babies, fetuses from pregnancies, sexuality from procreation, pregnancy from motherhood (trecho da palestra de Barbara Katz Rothman apud Davis, 1996 p. 59)⁷.

A objetificação e a separação são as formas pelas quais o conhecimento se processa, sendo que, para a autora, o objetivo dessa separação está em controlar os processos da natureza, no caso, a dinâmica do parto. O freqüente controle dos batimentos cardíacos do feto, a aplicação de analgésicos farmacológicos e o monitoramento da pressão da parturiente são intervenções que estão além do serviço da saúde; são rotinas a serviço do controle e da intervenção, uma vez que pesquisas demonstram uma relação entre cesariana e essas intervenções. Outras intervenções rotineiras, como episiotomia, enema e tricotomia, fazem parte do protocolo de controle, sendo que sua aplicação já foi questionada em pesquisas (como pode-se ver na seção 2.2.4).

O controle é exercido, principalmente, por meio do uso de tecnologia, que é, para Davis-Floyd (1992), a grande fonte de poder dos médicos, a principal característica do modelo atual, que essa autora denomina de tecnocrático. Esse termo não se aplica somente à relação médico-paciente, mas descreve uma ideologia, uma forma de funcionamento que marca as relações hierárquicas vivenciadas nas instituições médicas e legitimadas pela sociedade.

Outra importante característica do modelo tecnocrático é o fato de a obstetrícia médica ser o único modelo de atenção ao nascimento reconhecido pela sociedade e o médico o seu representante. Isso implica dominância do modelo em exclusão dos outros, bem como a incorporação dos padrões de comportamento e funcionamento, pela sociedade em geral, constituindo a ideologia da tecnologia – do corpo-máquina – e a ideologia do desempoderamento da mulher sobre o processo de nascimento.

Vale ainda apontar que, dada a exclusão das parteiras como profissionais autônomas e criadoras, o modelo atual construiu-se a partir da ótica masculina e patriarcal, uma vez que a medicina constituiu lugar da representação de poder. Mesmo que as mulheres

⁶ Patriarcalismo: Comportamento ou estilo de vida patriarcal. Influência social dos patriarcas (Ferreira, 1988). Neste texto utilizado dominação social do modelo masculino.

⁷ A história da obstetrícia ocidental é a história da separação. Nós separamos o leite do seio, as mães de seus bebês, fetos da gravidez, sexualidade da procriação, gravidez da maternidade. (livre tradução de Cibele Motta)

tenham galgado posições, participem ativamente e colaborem no avanço da obstetrícia, o modelo vigente é essencialmente patriarcal, o que, de acordo com a autora, reflete no tratamento dispensado as parturientes.

Portanto, para Davis-Floyd (1992), o modelo tecnocrático está calcado numa visão masculina da fragilidade do corpo da mulher e nos perigos que envolvem a gestação e parto, na separação entre corpo e mente e na alienação da parturiente, provocada por essa separação, pela necessidade de controle sobre o processo que envolve o nascimento, pelo atendimento institucional e padronizado e, principalmente, pelo uso da tecnologia acima das relações humanas.

2.2.4 Os preceitos do parto humanizado

A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, teve o intuito de estabelecer planos, recomendações, metas e ações no sentido de promover a saúde no mundo. Os 189 países filiados trocam experiências e conhecimentos, a fim de contribuir na construção dessas metas. Nesse caminho, no ano internacional da criança (1979), iniciou-se um processo de questionamentos sobre a atenção médica dispensada ao nascimento e à criança. Um comitê regional na Europa foi criado para avaliar os limites das intervenções, com o propósito de reduzir a taxa de morbidade e mortalidade perinatal e materna (Diniz, 2001).

Em meados da década de 80, dois documentos publicados marcaram o início do que é conhecido na América Latina como parto humanizado. O primeiro deles foi fruto de uma conferência internacional realizada em Fortaleza, em 1985, intitula-se *Tecnologia Apropriada para o Nascimento* (OMS) e estabelece recomendações sobre os cuidados com gravidez e parto, caracterizados pela assistência pré-natal, estímulo a grupos de ajuda na comunidade, a grupos de grávidas, ao uso de técnicas de acordo com a necessidade no momento do parto, ao direito a acompanhante à escolha da parturiente, bem como a estudos em conjunto com órgãos de ensino e pesquisa, para avaliar e estabelecer novas práticas e tecnologias para oferecer um melhor atendimento ao nascimento. Esse documento compreende a gravidez e o parto como eventos bio-psíquico-sociais, enfatizando a importância de oferecer um atendimento que abranja esses aspectos. O segundo documento, *Appropriate Technology Following Birth* (OMS), foi publicado em 1986, com indicações para o atendimento na neonatologia.

Esses documentos são frutos dos resultados parciais de uma ampla sistematização de pesquisas sobre gravidez e parto, que envolveu um conjunto de especialistas, bem como grupos de mulheres e usuários do serviço de saúde. O resultado final da análise de 40 mil estudos sobre 275 práticas pesquisadas, desde 1950 a meados da década de 90, foi condensado numa versão chamada *A Guide of Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Diniz, 2001).

A partir da sistematização dessas pesquisas, a OMS lançou, em 1996, um documento chamado *Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: um guia prático*, que estabelece recomendações que norteiam o atendimento do médico e da instituição à parturiente e à sua família:

O objetivo deste relatório é simplesmente examinar as evidências pró ou contra algumas das práticas mais comuns e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências disponíveis, quanto ao seu papel na assistência ao parto normal (OMS, 1996, p. 1).

Além de estabelecer essas recomendações, esse documento fundamenta sua implementação a partir da revisão dos cuidados institucionais, atualmente dispensados à parturiente, caracterizados pela tecnologia e intervenção. Portanto, a finalidade desse documento é melhorar o atendimento ao parto, por meio de medidas que contribuam para a redução da mortalidade materna perinatal, para a diminuição do índice de cesáreas e que promovam o parto normal e o uso de tecnologia na medida da sua necessidade. Nesse sentido, o conceito de parto como evento fisiológico e normal está na base no desenvolvimento de uma nova prática nas maternidades:

Definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições (OMS, 1996, p. 4).

A partir dessa concepção, a intervenção em um parto normal deve acontecer sob razões válidas, respeitando o processo fisiológico do parto e a dinâmica de cada nascimento.

O documento aborda as questões relacionadas aos aspectos gerais da assistência ao parto, os aspectos sobre a assistência durante o primeiro, segundo e terceiro estágios do parto e, por último, descreve as classificações das práticas no parto normal.

Não se pretende descrever todas as recomendações do documento, porém, a seguir, são apontadas as recomendações que se coadunam com o objetivo deste trabalho, que são as que se referem às tarefas do prestador de serviços, à avaliação do bem-estar da parturiente, ao apoio durante o parto e aos métodos de manejo da dor. O prestador de serviços pode ser o médico obstetra ou generalista, a enfermeira parteira, pessoal auxiliar e parteiras leigas, treinadas de acordo com as possibilidades locais e escolhidas pela parturiente. Sob a responsabilidade desse profissional está, entre as tarefas técnicas, dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família, durante o trabalho de parto, no nascimento e no pós-parto. Fica também recomendado estabelecer um vínculo de confiança e respeito entre profissional e parturiente, a fim de contribuir no desenvolvimento do trabalho de parto. O direito à privacidade e à escolha do acompanhante fica assegurado como elemento que propicia bem-estar à parturiente durante o trabalho de parto.

As recomendações quanto ao bem-estar da parturiente estendem-se à adoção do apoio emocional contínuo, na figura da doula, parteira, enfermeira ou acompanhante. Como está demonstrado na seção 2.4, o apoio emocional contínuo influencia positivamente o desenvolvimento do trabalho de parto, os resultados gerais do nascimento, a amamentação e a percepção da parturiente sobre sua experiência (Hodnett, 2001). De acordo com esse documento, o apoio emocional deve ser oferecido pelos profissionais responsáveis pelos cuidados técnicos, principalmente, no que concerne ao fornecimento de informações e explicações à parturiente e à família. Porém, ao mesmo tempo, reconhece-se que a implementação desse tipo de cuidado pode ter implicações econômicas e políticas que dificultam a implementação do apoio, uma vez que isso implicaria um número maior de membros da equipe para atender à demanda de parturientes.

Para o manejo da dor, o documento da OMS recomenda o uso de métodos não farmacológicos, caracterizados por atitudes de apoio por parte da equipe e do acompanhante, a adoção de posições diferentes à escolha da parturiente, deambulação, banhos, massagem, técnicas de concentração e atenção, técnicas de respiração, hipnose e comandos verbais. Há uma série de técnicas não farmacológicas como aromaterapia, uso de óleos perfumados, acupuntura, uso de calor e frio superficiais, bem como técnicas semi-farmacológicas que, de acordo com o documento, necessitam de uma revisão crítica, o que indica um uso cauteloso dessas técnicas.

Apesar da adoção das recomendações da OMS pelo Ministério da Saúde, o Brasil caminha lentamente na implementação delas e, portanto, no estabelecimento de novas práticas. O alto índice de cesariana é indicador da realidade brasileira. Segundo Fescina

(2000, in Ministério da Saúde, 2001), 28% dos partos realizados no País são cesarianos. Embora a OMS preconize uma taxa de 15% de cesarianas, esse número representa uma vitória dentro do contexto brasileiro, pois indica um declínio na taxa de cesarianas, após a aplicação das portarias:

- MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998;
- MS/GM 865, de 3 de junho de 1999;
- MS/GM 466, de 14 de julho de 2000; e
- MS/GM 426, de 4 de abril de 2001.

Essas portarias determinam o pagamento de um percentual de cesarianas limitados por parto realizado pelo SUS, cujos padrões foram estabelecidos gradualmente, a fim de promover o tempo de adaptação necessária à rede pública local (Ministério da Saúde, 2001). Não obstante, a taxa de cesariana ter declinado no serviço público, no serviço privado as altas taxas persistem em todo o país. A exemplo disto, dados de pesquisa (Gouchert, 2003) referentes aos meses de setembro a novembro de 2001 revelam a porcentagem de 42,2% de cesarianas entre maternidades públicas e privadas da região da grande Florianópolis no estado de Santa Catarina. Nas maternidades privadas da região, a taxa de cesariana chega a alcançar a 80% de acordo com este estudo. Esses números revelam uma prática médica intervencionista, que tira da mulher a possibilidade de participar no momento do nascimento.

Além desses dados contundentes, os procedimentos de episiotomia, restrição alimentar, uso de ocitócitos, posição horizontal como única alternativa de parto e o uso rotineiro de tricotomia e enema ainda são utilizados, sem considerar o desejo da parturiente ou a sua real necessidade. Como aponta Diniz, em sua definição de parto institucional:

Nos últimos anos, tem havido uma distinção cada vez mais enfática sobre o que se considera “parto normal”. Em geral, o que consideramos como parto normal é o chamado parto vaginal dirigido, ou seja, aquele que de rotina é conduzido com a mulher imobilizada ou semi-mobilizada, privada de alimentos e líquidos por via oral, usando de drogas para a indução ou aceleração do parto, com a mulher imobilizada em posição de litotomia no período expulsivo, com eventual uso de fórceps, e com o uso de rotina episiotomia e episiorrafia (2001, p. 8).

Outra prática ainda muito comum é a proibição de um acompanhante para a parturiente, durante o trabalho de parto. Essa atitude tem sido foco de debate entre as linhas tradicionais de atendimento à parturiente e grupos que propõem um nova forma de atenção. O ápice desta discussão, em Santa Catarina, está agora na forma da Lei 12.133/2002, que

garante o direito à presença de um acompanhante. Embora a lei ainda não tenha sido regulamentada, o direito ao acompanhante já é exercido em quatro das maternidades públicas do Estado.

Portanto, as evidências científicas e o estabelecimento de normas não são suficientes para promover uma nova prática. Existem limites de ordem institucional como, por exemplo, a conformação do espaço no atendimento à parturiente e o financiamento do atendimento público (Diniz, 2001). Porém, além das questões de ordem prática, deve-se considerar que o modelo de atenção atual está embasado em crenças e ritos que caracterizam uma cultura historicamente construída (ver seção 2.2.3). Nesse sentido, assimilar novos padrões de atendimento em termos de grande público significa assumir a tarefa de repensar criticamente a forma de atendimento e assimilar as transformações nos mais diversos setores da saúde.

2.3 O Acompanhante

Remanescente de um quilombo, o povo kalunga habita uma região de difícil acesso. Isolados, os kalungas mantêm suas tradições. Mulher ao parir não pode gemer ou gritar; deve guardar forças para trazer seu filho ao mundo. Mas se as kalungas não podem extravasar sua dor, contam com a ajuda de um grupo que durante todo o trabalho de parto as acompanha. Elas dividem funções e pelo menos quatro mulheres fazem o parto: a do buraco, a do suspiro, a da banda e a do consolo. A parteira ‘do buraco’ é a principal delas, a encarregada de pegar o bebê e a única a ver a genitália feminina. Atrás da mãe fica ‘a do suspiro’, segurando a mulher pelas costas, fazendo massagens ou a ajudando a fazer força. ‘A da banda’ ocupa-se dos materiais necessários. Entre o quarto e a cozinha, esquenta a água, faz chás, manda chamar outra parteira se necessário. Por fim, ‘a do consolo’, que busca acalmar a futura mãe. Ela faz a mulher beber chás e dá banhos⁸ (Gazeta Mercantil, 07/12/2001).

Essa descrição atual de como o parto é vivido pelo povo kalunga é adaptável à descrição dos partos até o século XVIII, na Europa, e até meados do século XX, no Brasil, quando o parto constituía um evento essencialmente feminino. A mulher era, então, assistida em casa, acompanhada, principalmente, por mulheres do seu grupo social e recebia ajuda e

⁸ As parteiras kalungas foram retratadas num dos capítulos do livro *Cuidados pela Vida - Um Olhar Sobre Saúde e Cidadania no Brasil* (Terra Virgem Editora).

conforto muito próximos ao que está descrito no trecho acima, guardadas somente as diferenças culturais. O grupo que atendia à parturiente era formado por vizinhas e membros da família, sendo que, segundo Maldonado (1997), a presença da mãe da parturiente era considerada muito importante. Enquanto a parteira, símbolo da experiência e conhecimento, ajudava e guiava a mulher no trabalho de parto, a demais acompanhantes assumiam outras posições, cuidando dos afazeres e preparações; constituía-se, assim, uma rede social de apoio. Pode-se supor que, além dos cuidados dispensados à parturiente, esse grupo de mulheres caracterizava-se também pela amizade e apoio emocional, sendo empáticas e carinhosas com ela. Com o processo de medicalização ocorrido ao longo dos séculos XVIII e XIX, as acompanhantes de parto foram alijadas do trabalho de parto e do parto (Santos, 2002).

A partir de meados do século XX, quando dar a luz em hospital tornou-se norma nas cidades brasileiras, a mulher começou a passar por essa experiência sozinha, numa instituição regida por normas rigorosas e por uma equipe que trabalhava em nome do valor científico. Pode-se dizer que, por aproximadamente 40 anos, a mulher brasileira atendida em maternidades pariu sozinha, alienada de um acompanhamento familiar e emocional.

O direito a um acompanhante da escolha da parturiente no parto e puerpério foi preconizado pelo documento de 1985 da OMS. Esse documento, no Brasil, marca o início do processo de humanização do parto, que tem como uma de suas premissas a participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Atualmente, após 18 anos, desde a primeira recomendação, evidencia-se a tendência de incorporação do acompanhante familiar pelas instituições. Contudo, segundo Carvalho (2001) e Souza Pinto (2001), embora amparado pela lei e legitimado nas instâncias governamentais, o direito ao acompanhante não é uma prática comum a todas as maternidades brasileiras.

Conforme Souza Pinto (2001):

O direito ao acompanhamento no trabalho de parto e parto já é reconhecido em várias instâncias, incluindo o Ministério da Saúde, entretanto, não é praticado de forma regular e sistemática em todo o país. Pelo contrário, poucos serviços aderiram a esta prática e continuam desrespeitando a lei e as diretrizes governamentais relacionadas à presença do acompanhante no parto (p. 87).

Esse autor aponta duas razões que ajudam a compreender nossa realidade: a falta de informação por parte dos usuários do serviço público sobre seus direitos e a resistência a esse direito, encontrada em instituições ou em alguns profissionais que nelas trabalham.

2.3.1 O acompanhante homem

Quando o marido da rainha Vitória esteve presente no nascimento do filho deles, em 1841, causou comoção na comunidade médica da época, fazendo com que a revista *Lancet* publicasse uma série de cartas-protesto a respeito do evento (Klaus e Kennell, 1993). Os costumes da época não permitiam o pai na cena do parto, pois isso era considerado imoral e anti-natural.

Mais de 150 anos depois, a sociedade transformou-se e o papel da mulher e do homem também. A emancipação feminina e o controle da mulher sobre seu processo reprodutivo trouxeram mudanças quanto ao seu papel na sociedade e nas relações conjugais e familiares. Nas relações familiares, o casal não possui papéis tão bem discriminados quanto antes. Hoje, a mãe trabalha fora (assumindo, a maioria delas, a dupla jornada do trabalho profissional e doméstico) e o pai assume responsabilidades domésticas para com os filhos, como os cuidados cotidianos. Essas mudanças ainda estão desenhando um novo pai.

De acordo com Videla:

Tampoco el padre es feliz ya con la idea heredada de sus abuelos sobre el ejercicio de la paternidad. Aparece la necesidad del cambio, del acercamiento mayor de los hijos. De a poco, empieza a pasear y dialogar con ellos. Teme menos el contacto con el bebé. Ya no será sólo el ansioso padre esperando fuera de la sala de partos, sino el hombre afectivo que ayuda a pujar a su mujer dentro y recibirá a su hijo, conscientemente de su paternidad biológica y sociológica (1997, p.142).⁹

A maior participação do homem na gravidez – por meio de envolvimento emocional com a gestação, acompanhamento das consultas médicas, participação em cursos e, pode-se dizer, ‘engravidando’ – é um aspecto dessa transformação, que se traduz nesta nova vivência da paternidade, sendo que participar do parto é uma continuação desse processo. Carvalho (2001) diz que os cursos de preparação de parto nos Estados Unidos foram um dos aspectos que colaboraram para a participação do pai e que o livro de Bradley, *Husband Coached Childbirth*, publicado na década de 70, foi um dos principais motivadores da participação do companheiro e futuro pai na sala de parto. De acordo com dados apontados

⁹ Tampouco o pai é feliz com a idéia herdada de seus avós sobre o exercício da paternidade. Aparece a necessidade da mudança, da aproximação maior dos filhos. Pouco a pouco, começa a passear e dialogar com eles. Teme menos o contato com o bebê. Já não será apenas o pai ansioso esperando fora da sala de parto, se não o homem afetivo que ajuda a sua mulher a empurrar e receberá a seu filho consciente de sua paternidade biológica e sociológica. (livre tradução de Cibele Motta)

por Klaus e Kennel (1993), o crescimento da participação do homem na parturição foi significativo num período de dez anos, aumentando de 27%, em 1973, para 79%, em 1983 nos Estados Unidos.

No Brasil, os pais da classe média intelectual começaram a participar do parto em meados da década de 80, sendo essa decisão absolutamente particular, dependendo de como a família e, principalmente, o futuro pai percebia seus desejos e necessidades. Vale apontar que os partos eram realizados em maternidades particulares, nas quais os pais tinham e têm maior poder de escolha (Carvalho, 2001).

Aos usuários do serviço público, a participação no trabalho de parto começou a ser permitida e encorajada, a partir da década de 90, em maternidades que buscam atender de acordo com o conceito de humanização. Embora o direito ao acompanhante seja legitimado e propagado pelo Ministério da Saúde, a participação dos pais ainda sofre limitações institucionais (Carvalho, 2001; Souza Pinto, 2001). Dessa forma, a participação dos pais como atitude comum a todas as maternidades brasileiras ainda está em processo.

2.3.2 Benefícios do homem como acompanhante

Na revisão bibliográfica das pesquisas de Chandler (1997), Julkunen e Drapper (1997) e Espírito Santo (2000), os estudos sobre a participação do pai durante o trabalho de parto, realizados na década de 80 e início dos anos 90 tiveram como foco sua influência positiva nos indicadores do parto, traduzida em menor necessidade de analgesia, queda no índice de cesariana e de partos instrumentalizados, trabalho de parto mais curto, bem como maior capacidade de a mulher lidar com a dor.

Esses autores apontam ainda que, para as parturientes, a companhia do marido é avaliada de uma forma positiva, trazendo a sensação de segurança e conforto. De acordo com Drapper, o estudo de Enkin (1995, apud Drapper, 1997) demonstra que as parturientes consideram o apoio recebido pelos seus companheiros mais importante do que o oferecido pelas parteiras. Essas mesmas evidências são indicadas pelas pesquisas de Carvalho (2001) e Souza Pinto (2001), sob diferentes ângulos de visão, ou seja, a presença e a participação do homem na hora do parto são consideradas benéficas para a mulher.

2.3.3 Aspectos emocionais do pai durante o trabalho de parto

Assim como a gestante, o futuro pai passa por um processo de adaptação e reajuste emocionais, para vivenciar a paternidade. Os processos psicossociais pelos quais a mulher passa durante a gravidez são também identificados no companheiro, porém, nele, marcados pela dinâmica psíquica masculina e pelo papel social que ele cumprirá nesse momento (Videla, 1990; Lef, 1997). Para Maldonado (1997), a paternidade constitui um momento de transição e de possibilidade de crescimento emocional.

A mudança do papel de filho para pai é marcada pela adoção de novas responsabilidades e de uma nova postura social ainda caracterizada pela posição de provedor da família. Carvalho (2001) demonstra que esse papel está em plena transformação e que a experiência de paternidade atual ainda tem como referência o modelo do provedor na sua forma mais tradicional.

Na esfera emocional, o homem passa por um momento de avaliação desse modelo masculino, vivendo, então, um processo de identificação com o pai e revivendo sua relação com a mãe. Gestar o papel de pai requer revisitar memórias conscientes da infância e como as relações parentais desenvolveram-se, e esse processo traz sensações conscientes e inconscientes que podem gerar conflitos. Esse período pode ser conturbado emocionalmente e marcado pela dúvida sobre sua capacidade de assumir o novo papel, por medo do futuro, sensação de angústia e por comportamentos diferentes como, por exemplo, o ciúme, o súbito interesse por atividades novas e o envolvimento em relações extraconjugais. Entretanto, o homem pode rumar em direção a um crescimento pessoal, dependendo da sua capacidade emocional para elaborar as sensações, questionamentos e memórias em torno da paternidade.

Conforme Lef (1997),

Alguns futuros pais são capazes de apreender o significado dessas experiências e elaborar os sentimentos a elas associados; outros desviam-nas do consciente, contando com a ação, preferivelmente ao pensamento. Se uma afirmação madura é conseguida e os atributos, bem como as faltas paternas, são reconhecidos, o homem, como cada geração antes dele, encontrará a si próprio em ascendência, conforme os poderes de seu pai declinam (p. 59).

Outro aspecto importante na vivência da gestação é a mudança que a chegada de um bebê pode significar na vida do casal, principalmente, quando se trata do primeiro filho. Em alguns relacionamentos, o homem assume posição de filho ou pai da companheira, podendo sentir que seu lugar de afeto está ameaçado na relação conjugal (Maldonado, 1997).

Muitos homens experimentam a sensação de exclusão durante a gravidez, uma vez que, normalmente, todos os olhares desviam-se para aquela barriga que cresce continuamente. A grávida está vivendo o papel que lhe foi desenhado pela natureza e celebrado pela cultura, ela é o centro das atenções e, ao homem, cabe lidar com as transformações que ocorrem com ela e acompanhá-las. Para Lef (1997), muitos homens têm ciúme da relação da grávida com o bebê e sentem-se vulneráveis, à margem do que acontece:

Ao contrário de sua companheira grávida, que carrega uma visível protuberância, o pai espectador pode sentir-se, e de fato muitas vezes é, deixado de fora e ignorado por amigos e profissionais da saúde. Evadindo-se dos desconfortos físicos da gravidez e do parto, renuncia ao prazer de experimentar a vida interior e pode sentir-se ciumento da intimidade que sua companheira experimenta com seu bebê (p. 56).

Portanto, o homem tem de lidar com uma série de sensações e emoções que a gravidez da companheira demanda, sendo que seu papel social no período de gestação e parto é visto na sociedade como de coadjuvante e, muitas vezes, não são considerados os processos internos que o homem experimenta (Carvalho, 2001; Videla, 1997). Maldonado (1997), ao descrever a síndrome de couvade¹⁰, fala da dificuldade de o homem processar essas mudanças, podendo vivenciá-las por meio de sintomas.

O que se quer evidenciar é que o homem está, de algum modo, tomado pela experiência da gravidez e a forma como ele vivenciou esse período influencia como ele vai lidar com a situação, durante o trabalho de parto. Vale lembrar que o trabalho de parto, de acordo com Soifer (1980), demanda grande intensidade emocional para todos os que o acompanham. Dessa forma, o homem, como genitor e parceiro da mulher, vive esse momento com toda a carga emocional.

Com a integração do homem ao trabalho de parto, acompanhar e confortar a mulher constituem um novo papel. A vivência desses cuidados depende das possibilidades de cada pai, da relação do casal e das expectativas do homem e da mulher, nesse momento.

Os resultados das pesquisas de Julkunen e Liukkonen (1997) e Johnson (2002) coadunam-se com os apontamentos de Videla (1997) e Lef (1997) no que concerne às dificuldades por que o homem passa na hora do parto. Essa pesquisa levanta dados a partir da percepção do homem, e demonstra que constitui grande dificuldade para o pai ver sua mulher passar pela dor. Para Lef, o homem pode experimentar a sensação de impotência e frustração

diante da dor. Outro aspecto levantado pela pesquisa é que os homens se preocupam com o estado de saúde do bebê. Para Videla, como o homem é espectador do processo fisiológico, abre-se a possibilidade de fantasias sobre o que está acontecendo com o bebê. A pesquisa aponta, ainda, relato de medo, desconforto, tensão e da sensação de impotência diante de todo o quadro.

Embora os sujeitos pesquisados tenham reportado suas dificuldades, eles referiram-se a essa experiência como a melhor que haviam vivenciado, sendo que o melhor momento estava relacionado com a chegada do bebê.

A pesquisa de Chandler e Field (1997) também teve como foco a percepção do homem quanto à sua participação no trabalho de parto. Os sujeitos dessa pesquisa relataram que o trabalho de parto foi muito mais difícil e cansativo do que haviam imaginado e avaliaram sua participação como não satisfatória, aquém do esperado. Eles levantaram, ainda, que ansiedade e raiva surgiram, devido ao tratamento dispensado pela equipe de saúde à sua mulher, e eles não podiam demonstrá-las à sua companheira. Os aspectos positivos da participação referem-se à maior intimidade com a companheira, à admiração pela força da mulher e à sensação de orgulho e satisfação frente ao bebê.

Em comum, as pesquisas de Chandler e Field (1997) e Johnson (2002) apontam que o homem sente-se excluído do processo de nascimento, servindo apenas como provedor de apoio moral e de conforto. Os homens mencionaram, ainda, a ausência de informação por parte da equipe de saúde sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e, especificamente, sobre o que acontece com a parturiente, bem como orientações a respeito de como eles deviam proceder; em contrapartida, eles apontaram o excesso de informação técnica como fonte de frustração. Os homens também realçaram que as parturientes poderiam ser melhor atendidas pelas parteiras (enfermeiras), principalmente, no que concerne às medidas para tratar a dor.

Os resultados das pesquisas vão ao encontro do entendimento dos processos psicológicos por que o homem passa durante o parto. Nesse sentido, há de se compreender que o papel de apoio e conforto, atualmente, esperado do homem, está sujeito à capacidade emocional de cada um, ao seu nível de informação, bem como à orientação recebida pela equipe. As pesquisas citadas, bem como o artigo de Drapper, e as pesquisas brasileiras de Carvalho (2001) e de Espírito Santo (2000) demonstram que, hoje, a mulher é apresentada

¹⁰ Síndrome de couvade: “Do ponto de vista fenomenológico, a síndrome de couvade pode ser considerada como uma reação neurótica em que predominam as manifestações somáticas. Os sintomas físicos devem-se a um estado de ansiedade precipitado pela gravidez” (Maldonado, 1997, p. 57).

como única protagonista e o homem como coadjuvante desse processo. Espírito Santo aponta ainda que, na posição de coadjuvante, espera-se um comportamento adequado do homem para contribuir no processo:

Assim, um homem que tenha um comportamento guiado por suas emoções pode ser considerado inadequado, supondo-se que coloque em risco o bom andamento do parto, que prejudique o desempenho da esposa e o trabalho dos profissionais (2000, p. 106).

Enkin (1995, apud Drapper, 1997) expõe que, para a equipe médica, a participação do pai no nascimento pode ter significado de ‘tapa-buraco’, pois seria uma forma de garantir apoio emocional à parturiente, sem o envolvimento da equipe. Não se pretende, com esse comentário, questionar a presença do homem, mas questionar o que a equipe espera dele e qual o seu lugar na maternidade.

Desse modo, a forma como a paternidade é vivida está em transformação e a participação do pai na sala de parto está em construção. Porém, o mais importante a expor é que o pai está envolvido emocionalmente no parto e, alegoricamente, parindo junto com a mulher. A forma como essa participação dá-se depende da combinação do que o casal deseja no momento do parto, bem como da possibilidade que ele tem de lidar com sentimentos e informações que sucedem, nesse momento, e de elaborá-los. As pesquisas citadas demonstram que a participação da equipe de saúde, especialmente a de enfermagem, é considerada fundamental pelos pais, para ajudá-los a transpor esse momento, e propicia, por meio de sua experiência, as informações consideradas necessárias pelo casal.

2.4 Apoio Emocional

Até agora, discutiu-se a grande intensidade emocional do parto, o que exige da parturiente e de seu acompanhante capacidade de lidar com conteúdos, ansiedades e medos, que vêm à tona em conjunto com as transformações físicas inerentes a esse processo, e de elaborá-los. O ambiente em que a mulher dá a luz influencia fortemente essa dinâmica psíquica, uma vez que ela tem de lidar com lugar e pessoas desconhecidas, com cultura e normas próprias, e deixa de ser sujeito para ser objeto submetido ao conhecimento e ao poder médico reconhecidos socialmente.

Nesse sentido, vivenciar ansiedades próprias do trabalho de parto e possíveis sensações de angústia, num ambiente hospitalar, torna-se mais difícil quando a mulher não está acompanhada de um familiar, de seu companheiro.

Como expõem Klaus e Kennell:

... ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao auto-conceito da mulher. Ser protegida é ser valorizada, em um momento de intenso egocentrismo e temor. A espécie de atendimento que uma mulher recebe, neste período de vulnerabilidade, é crucial para a sua avaliação subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu auto-conceito (1993, p. 51).

Dadas as evidências dos benefícios do apoio dado à parturiente, dissertar-se-á, a seguir, sobre o apoio e como ele tem sido pesquisado.

2.4.1 A terapia de apoio na psicologia

Na psicologia, Fiorini (1987, p. 51) define a terapia de apoio como um processo que tem como objetivo: “... a atenuação ou supressão da ansiedade e de outros sintomas clínicos, como meio de favorecer um retorno à situação de homeostase anterior à descompensação ou crise”.

Para tanto, é necessário que o terapeuta crie um vínculo com o paciente, no papel de protetor, orientador e encorajador. Fiorini afirma que essas características são fundamentais para o estabelecimento de um trabalho sugestivo-diretivo, uma vez que a interpretação dos conteúdos ou comportamentos que vêm à tona durante a terapia é opcional, pois não há necessidade da compreensão dos significados dos distúrbios nesse tipo de terapia. O objetivo, a estratégia e os papéis na relação precisam estar claramente definidos. Fiorini aponta ainda que a persistência ou continuidade do terapeuta é condição para a eficácia do vínculo, visto que o paciente não deve sentir-se abandonado ou ameaçado na ausência do terapeuta.

2.4.2 Pesquisas sobre os benefícios do apoio emocional e físico

O conhecimento sobre os efeitos do apoio emocional durante o parto tem sido desenvolvido pelo meio médico e meio da enfermagem, mas responde à teoria da terapia de apoio, guardadas as devidas proporções, visto que o trabalho não engloba ou considera as

nuanças da dinâmica psíquica, independentemente da linha teórica. A construção e a difusão desse saber estão embasadas em pesquisas fundamentadas em respostas de caráter eminentemente empírico.

As pesquisas sobre o acompanhamento durante o parto iniciaram na Guatemala, em hospitais em que não era permitida a entrada dos pais ou familiares. Em 1976, os pesquisadores Klaus, Kennell e Sosa (apud Klaus e Kennell, 1992) desenvolveram um estudo piloto, cujo objetivo consistiu em observar os efeitos do acompanhamento da parturiente por uma mulher não treinada. Os resultados demonstraram diferenças significativas nos aspectos que concernem ao índice de cesariana, ao uso de analgesia, ao uso de fórceps, ao índice de amamentação e à maior interação com o bebê.

Desde então, pesquisas vêm sendo realizadas sobre os benefícios de um acompanhamento contínuo por mulheres qualificadas, que oferecem apoio emocional e físico à parturiente: Mcgrath, Robertson, Hinkley, 1991; Klaus e Kennell, 1992; Zhang, Bernasko, Leybovich, Fahs, Hatch, 1996; Souza e cols, 1997; Kennell, Klaus, Campero e cols, 1998; Langer, Campero, Garcia, Reynoso, 1998; Banyana, Sandall, Bennett, MacLeod, 1999. As pesquisas foram realizadas com grupos de parturientes acompanhadas e grupos de parturientes não acompanhadas. Esses estudos indicam, ainda, que os benefícios do acompanhamento durante o trabalho de parto estendem-se durante o puerpério.

As pesquisas de Klaus e Kennell (1980, 1981, apud Klaus e Kennell, 1992) sobre acompanhamento tinham como objetivo avaliar os benefícios da presença contínua e qualificada, representada na figura da doula. A palavra doula vem do grego e refere-se à mulher experiente que ajuda outra mulher. (Klaus e Kennell, 1993); porém, atualmente, designa mulher que acompanha outra mulher durante o trabalho de parto, oferecendo contínuo apoio físico e emocional antes, durante e imediatamente após o parto.

O conceito de acompanhante qualificada – doula –, que foi se delineando nessas pesquisas, refere-se a uma pessoa, preferencialmente, mulher, que tenha conhecimento do meio médico e domínio dos termos básicos usados pela equipe médica, para que possa ser mediadora entre a equipe, a parturiente e a família. Vale ressaltar que essa acompanhante não precisa ser, necessariamente, do meio da saúde, mas é importante que ela possa transitar nesse meio. Assim, a doula precisa fazer-se conhecida pela equipe, para desenvolver seu trabalho satisfatoriamente. Para Klaus e Kennell (1993) a doula está envolvida com as duas partes: a instituição – hospital e cliente –, a parturiente e sua família, sendo que é importante que ela estimule a autonomia por parte da família e, ao mesmo tempo, interaja diretamente com a equipe de saúde, procurando sempre o bem-estar da parturiente.

Para Klaus e Kennell, a doula ajuda a criar uma atmosfera na qual a parturiente sabe que pode contar totalmente com ela; para isso, é importante afirmar que a doula estará presente durante todo o processo de parto. Uma meta-análise de Kennell, Klaus, Mcgrath, Robertson e Hinkley, (1999), sobre pesquisas realizadas com doulas, demonstra que existe uma diferença significativa, em termos de resultados do desenvolvimento do parto, entre o acompanhamento intermitente e o acompanhamento contínuo. Embora o acompanhamento intermitente traga resultados positivos, o acompanhamento contínuo apresenta maiores benefícios no desenvolvimento do parto, no que concerne ao índice de cesariana, tempo de trabalho de parto e necessidade de analgesia.

Capacidade de acompanhar, sensibilidade e disponibilidade emocional são ingredientes fundamentais para o desempenho da doula no acompanhamento contínuo do parto. A doula tem o papel de transmitir segurança à parturiente, para que ela se sinta com mais autonomia, de forma que possa estar mais em contato com seu corpo e, então, perceba o desenvolvimento do parto, o que lhe propiciará a sensação de maior controle da situação.

O estudo pioneiro de Klaus e Kennell, realizado na Guatemala (1992), envolveu uma amostra de 244 mães, em início de trabalho de parto, em um hospital público. As parturientes eram primíparas, saudáveis e suas gravidezes estavam a termo; elas foram divididas aleatoriamente entre o grupo controle e o grupo experimental. Os resultados dessa pesquisa demonstram que o grupo de mulheres que foram acompanhadas por outras mulheres, durante o trabalho de parto, apresentaram diferenças significativas no desenvolvimento do trabalho de parto e no período pós-parto imediato, quando comparadas às do grupo controle. Quanto à extensão de trabalho de parto, o grupo de parturientes acompanhadas pelas doulas teve duração média de oito horas, enquanto o parto das parturientes do grupo controle teve uma duração média de 14 horas ($p < 0,0001$). As parturientes acompanhadas por doulas apresentaram menor índice de problemas perinatais para duplas de mãe/recém-nascido ($p < 0,001$), sendo que, nessa categoria, encontram-se aspectos como índice de cesáreas, presença de mecônio (presença de fezes no líquido amniótico, o que indica sofrimento fetal), asfixia, uso de drogas e de fórcepe.

Esse estudo de Klaus e Kennell (1992) é fonte de inspiração para outros estudos realizados em diferentes países, sendo que os principais aspectos extensivamente estudados, até o momento, circunscrevem-se aos resultados perinatais do parto, tais como: extensão de trabalho de parto, uso de analgesia, necessidade de cesariana, uso de fórcepe, problemas de asfixia ou presença de mecônio e ocorrência de infecção na mãe ou no bebê. Embora possa haver diferenças entre as pesquisas nos resultados de alguns desses aspectos, elas apontam

que há diferenças significativas entre os grupos de parturientes acompanhadas continuamente e os grupos de mulheres não acompanhadas.

Foram desenvolvidas, ainda, pesquisas que avaliam que os benefícios do acompanhamento se estendem além desses indicadores. Ainda, na primeira pesquisa de Klaus e Kennell (1992), demonstrou-se que as mães acompanhadas pelas doulas ficavam mais tempo acordadas depois do parto, faziam mais carícias nos bebês, sorriam mais e conversavam mais com eles. Os benefícios estendem-se também à amamentação. De acordo com um estudo de Langer, Campero, Garcia e Reynoso (1998), no grupo de parturientes acompanhadas por doulas, houve um número significativamente maior de mulheres que amamentaram, em relação ao grupo controle.

Em dois estudos qualitativos, pesquisou-se a percepção que as mães tiveram do parto. O estudo de Campero e cols (1998), realizado no México, em um hospital público, demonstra que as mulheres atendidas por doulas relataram que sentiam ter controle sobre o desenvolvimento do parto, podendo suportar a dor melhor do que aquelas que não foram acompanhadas. Outro fator importante é que as mulheres do mesmo grupo relataram ter melhor percepção do que acontecia ao redor delas, bem como do tempo de todo o processo. O estudo de Gordon, Walton, Mcadam, Derman, Gallitero e Garret (1999), realizado nos Estados Unidos, em três maternidades particulares, verificou que as mulheres do grupo acompanhado por doulas suportaram bem o trabalho de parto, fizeram menor uso de analgesia do que as não acompanhadas por doulas e declararam ter tido uma boa experiência.

Um dos trabalhos que são referência no que concerne ao acompanhamento contínuo é a meta-análise realizada por Hodnett (2001), para a Cochrane Review (biblioteca Cochrane). Esse trabalho consistiu em analisar 14 pesquisas de 10 países, envolvendo um total de cinco mil parturientes. Todas as pesquisas eram aleatórias e realizadas com grupos experimentais e grupos controle. As participantes das pesquisas eram grávidas em trabalho de parto, internadas em maternidade. A intervenção era a presença de um acompanhante contínuo, que podia ser enfermeira, parteira, educador, doula ou um amigo, ou membro, da família. Os resultados comuns a todas as pesquisas demonstram que o apoio contínuo, durante o trabalho de parto, oferecido por mulheres, traz resultados estatisticamente significativos quanto à redução de uso de medicamentos para a dor, de partos vaginais, realizados por meio de instrumentos, e a redução do índice de cesárea.

As implicações práticas desse estudo, segundo Hodnett (2001), traduzem-se no esforço em promover apoio contínuo às parturientes, caracterizado por apoio emocional

(palavras de encorajamento e elogio) e conforto físico (massagens, orientações quanto posição e deambulação).

O aspecto mais relevante apontado nesse estudo é que o oferecimento do apoio não está circunscrito à presença da doula, mas, amplia-se a todas as mulheres com experiência nessa área. Isso abre espaço para a participação mais efetiva das enfermeiras e de outras companheiras que podem atender à mulher, a fim de oferecer apoio emocional e físico. Pode-se apontar que a principal força das pesquisas acerca do acompanhamento contínuo e qualificado – doula – foi trazer ao mundo das evidências científicas os benefícios concretos que a parturiente usufrui quando recebe este tipo de atenção.

No Brasil, o serviço de doulas está iniciando e apresenta-se de duas formas: o serviço voluntário e o serviço particular. As maternidades Sofia Feldman-MG e a maternidade do Hospital Universitário de Montes Claros-MG apresentam um programa de serviço voluntário de doulas, que são mulheres da comunidade, dentro de uma escala de atendimento no oferecimento de apoio emocional. Essas mulheres recebem treinamento e atuam como doulas junto às parturientes dessas maternidades, principalmente, as que estão sozinhas. O resultado da pesquisa de Miriam Leão (2000) sobre a atuação das doulas comunitárias na maternidade Sofia Feldman coaduna-se com os resultados de Campero (1998) e aponta que o acompanhamento das doulas traz benefícios significativos à vivência do parto.

Em termos particulares, é possível citar um movimento de formação de doulas no Brasil para a atuação nas maternidades privadas. A página <www.doulas.com.br> apresenta o serviço de doulas em todo o País e fornece informações sobre as doulas disponíveis no Brasil, cursos de formação de doulas e listas de discussão sobre o assunto.

O Ministério da Saúde (2001) preconiza o oferecimento de apoio emocional por meio de acompanhantes treinadas, sejam elas a equipe de saúde que atende dentro da instituição, bem como indivíduos da comunidade, de acordo com as possibilidades locais.

2.4.3 Enfermagem e apoio emocional

Nesse sentido, deseja-se dissertar, mais especificamente, sobre os cuidados prestados pela enfermagem à parturição. De acordo com Corbett (2000), de todos os

profissionais da saúde, as enfermeiras¹¹ são os que têm maior contato com a parturiente e com o acompanhante, sendo, portanto, elemento chave de satisfação em relação aos cuidados recebidos pelo casal.

No XIII Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em 1991, a eficácia do atendimento da enfermeira foi reconhecida e considerada como melhor relação custo-efetividade na prestação de assistência ao parto normal (Souza Pinto, 2001, p. 84). O artigo de Gagnon (1997) também enfatiza o papel da enfermeira nos cuidados da parturiente, considerada, pela autora, a pessoa mais apta a oferecer apoio emocional, pois a enfermeira tem um arsenal de conhecimento técnico que a diferencia de outro cuidador.

É importante destacar que o corpo de enfermagem que atende nas instituições, atualmente, seja em nível superior ou em nível técnico, foi formado dentro do que se denomina modelo tecnocrático (ver seção 2.2.3) e trabalha em uma instituição norteadas por normas rígidas, baseadas no controle do corpo do paciente. Dessa forma, é preciso entender que o oferecimento de apoio emocional, delineado pelos estudos sobre a doula, pode sofrer um viés característico da prática profissional ou limitações frente à realidade de trabalho das enfermeiras, como, por exemplo, a relação número de profissionais por número de parturientes e quantidade de tarefas sob sua responsabilidade (Hodnett, 1997; Hodnett, 2002; Banyana, 1999).

Num artigo, Gale, Chamberlain e Fothergill-Bourbonnais (2001) relatam uma pesquisa realizada com 12 enfermeiras de uma maternidade-escola, cujo objetivo consistiu em conhecer o significado de apoio emocional e físico para as enfermeiras e observar a prática das enfermeiras, a fim de medir o tempo de dedicação a esse tipo de cuidado. As enfermeiras consideraram que o apoio durante o trabalho de parto envolve prover suporte físico, por meio de medidas de conforto, como o toque, suporte emocional, por meio de palavras de encorajamento e elogios, instrução e orientação e a *advocacia*¹² frente aos desejos e escolhas da mulher.

Os resultados da observação desta pesquisa demonstram que 12,4% do tempo da enfermeira é dedicado a oferecer apoio à parturiente, sendo que o tipo de apoio mais observado é o de informação e instrução, que constitui 70% desse tempo. Quando combinados cuidados diretos (checar pressão e batimentos cardíacos, aplicar medicamentos etc.), cuidados

¹¹ Esse substantivo será utilizado no feminino, dado que a maior parte da equipe de enfermagem obstétrica é composta por mulheres.

¹² O termo *advocacia* é usado no sentido de cuidar dos interesses e desejos do casal ou par em trabalho de parto dentro do limite da segurança da parturiente e bebê.

indiretos (realizados no quarto onde a parturiente estava) e os cuidados de apoio, o tempo em que a enfermeira fica no quarto da parturiente sobe para 27,8%. Portanto, 72,2% do seu tempo é gasto fora da sala de trabalho de parto, realizando diferentes atividades relacionadas ao trabalho e atividades sociais. Os resultados da pesquisa de Gagnon (1996, apud Gagnon, 1997) coadunam-se com esses resultados, demonstrando que 21,4% do tempo das enfermeiras é gasto na sala de trabalho de parto.

Quanto às entrevistas realizadas com as enfermeiras, a pesquisa de Gale et al (2001) aponta quatro aspectos relevantes: (1) elas acreditam que a analgesia é considerada uma forma de apoio emocional; (2) elas alegam que a equipe de enfermagem é pequena para atender ao número de pacientes, o que impossibilita oferecer apoio às parturientes (contudo, durante o período de observação, esse tipo de evento foi, de acordo com os autores, raramente observado); (3) elas mencionaram que o exercício de tarefas como fazer o estoque de medicamentos e arrumar as prateleiras caracterizam uma barreira ao atendimento; e os autores apontam que (4) o controle exercido por meio de regras e o uso de aparelhos tecnológicos, descrito pelas enfermeiras, indicam uma barreira à aproximação com a parturiente.

Independentemente disso, a participação das enfermeiras no oferecimento de apoio emocional e físico é defendido por Hodnett (1997), enfermeira e pesquisadora. Ela reconhece as barreiras que a cultura da instituição impõe, mas advoga em nome da enfermagem, suscitando que o treinamento pode influenciar e contribuir no desempenho das enfermeiras, nesse aspecto.

Nesse sentido, duas pesquisas, Gagnon (1997) e Hodnett (2002), foram realizadas com as seguintes características comuns: o objetivo foi avaliar os efeitos do apoio físico e emocional oferecido pelas enfermeiras, por meio de uma amostra aleatória dividida entre um grupo experimental que recebia apoio e um grupo controle que recebeu atenção usual ou padrão. A pesquisa de Gagnon foi realizada com 413 participantes, em uma maternidade no Canadá, e a pesquisa de Hodnett foi realizada com 6.915 participantes, em 13 hospitais do Estados Unidos e do Canadá, em maternidades que apresentavam um índice de cesariana mais alto do que o de outros hospitais. Em ambos os estudos, as enfermeiras receberam treinamento para atuar no grupo experimental. Os resultados das duas pesquisas não apresentam, em termos gerais, diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no que concerne aos indicadores de parto investigados usualmente (uso de analgesia, uso de ocitócitos e índice de cesariana, entre outros). Entretanto, embora não hajam diferenças estatisticamente significativas, os dados do grupo experimental apresentam números mais positivos do que os do grupo controle. As duas pesquisadoras discutem as limitações e

problemas que podem ter levado a esse resultado e defendem a posição da enfermeira no oferecimento de apoio emocional e físico.

Hodnett levanta a hipótese de que o atendimento à parturiente e ao casal grávido é, antes de tudo, influenciado pelo ambiente, sendo que, no caso dessa pesquisa, as maternidades caracterizavam-se por um alto índice de intervenção médica. Como expõe a autora: “A more plausible explanation for our result is that the benefits of continuous labor support are overpowered by the effects of birth environments characterized by high rates of routine medical interventions” (p. 1380)¹³.

Os resultados dessas três pesquisas indicam a necessidade de continuar pesquisando e ampliando conhecimentos nessa área. O desenvolvimento de pesquisas qualitativas e quantitativas acerca do tipo de cuidados oferecidos pelas enfermeiras, no Brasil, é condição importante para desenvolver um perfil de tal prática no País, conhecê-la e estabelecer metas, de acordo com as necessidades e desejos desses profissionais, da instituição e das usuárias dos serviços públicos e privados. Em seu artigo, Gualda (1994) convoca a enfermagem obstétrica a uma reavaliação de sua prática na direção de um atendimento respeitoso:

Temos que mudar a nossa atitude tendo como meta melhorar a assistência à mulher durante o período do parto. A mudança de atitude implica uma vontade consciente de recodificar o saber cientificamente aprendido, reconhecer o sistema cultural contextualizado e trabalhar com nossos clientes nas soluções para as dificuldades encontradas no momento do parto (p. 336).

A enfermeira como cuidadora emocional é um caminho que começa a ser discutido, a partir das evidências dessas pesquisas. Pode-se dizer que as enfermeiras têm um importante papel no que concerne ao oferecimento de apoio à parturiente e ao acompanhante, propiciando aos dois informações, cuidados, orientações e assumindo a posição de cuidadora emocional.

2.4.4 O homem oferecendo apoio durante o trabalho de parto

Na seção 2.3.3, discutiram-se os aspectos emocionais envolvidos, quando o pai acompanha o trabalho de parto, bem como sua percepção acerca desse momento. A questão

¹³ Uma explicação mais plausível para nosso resultado é que os benefícios do apoio contínuo ao parto é subjugado pelos efeitos de maternidades caracterizadas pelo alto nível de intervenções de rotinas médicas.

que se põe aqui é como o homem oferece apoio emocional e físico à sua companheira, nessa situação.

Os trabalhos de Klaus e Kennell (1993, 2000) sobre os benefícios do acompanhamento indicam que a presença do companheiro da mulher é muito importante, nesse momento, para o desenvolvimento dos vínculos amorosos com o bebê e um maior aprofundamento na vida do casal. Entretanto, de acordo com os autores, o casal necessita de apoio emocional para melhor vivenciar o parto, uma vez que o pai está emocionalmente envolvido com o processo, o que poderia dificultar o oferecimento de apoio à parturiente. Como expõe Klaus e Kennell:

O pai tem um forte desejo de ajudar, de participar, de se sentir útil e ativo e de se sentir importante e necessário para a mãe. Mas quando duas pessoas têm uma ligação emocional e um relacionamento em andamento, é muito difícil para um companheiro permanecer continuamente objetivo, calmo e até certo ponto retirado do desconforto, dos medos ou dos perigos da mãe (2000, p. 48).

Klaus e Kennell (1993) apontam que o pai está sujeito aos seus sentimentos e a forma com que lida com o nascimento teria impacto no tipo de cuidado que poderia oferecer à parturiente, enquanto a doula estaria mais apta a lidar com as transformações e sentimentos que ocorrem nesse momento. Outro aspecto levantado é a relação que o pai estabelece com a equipe médica. Para os pesquisadores, a doula estaria mais apta a conversar e a ajudar as escolhas do casal, no momento do parto.

Uma pesquisa realizada por Bertsch, em 1990 (apud Klaus e Kennell, 1993), mostra as diferenças observadas entre o acompanhamento oferecido pelos pais e o oferecido pelas doulas. O objetivo foi observar os cuidados oferecidos entre os dois grupos, e os resultados demonstram que as doulas permaneceram mais tempo com as parturientes do que os pais e tocaram mais a parturiente do que eles a tocaram. Outro resultado relevante é que, quando a parturiente está acompanhada de uma doula, o pai sente-se desobrigado de oferecer apoio, podendo estar com a parturiente de uma forma mais tranqüila e positiva e oferecer até mais carinho do que antes.

O trabalho de Klaus e Kennell (1993, 2000) propõe que a companhia do pai é fundamental, mas que, em termos de benefícios quanto ao desenvolvimento do trabalho de parto, um acompanhamento qualificado e contínuo, que ofereça apoio para o casal, traz mais benefícios para ele, propiciando melhor saúde emocional e física e melhor qualidade de vínculo com o bebê.

As questões levantadas quanto à possibilidade de um acompanhamento emocional e físico não concernem ao mérito do trabalho em si, uma vez que uma vasta gama de pesquisas demonstram os benefícios do acompanhamento qualificado e contínuo. Os questionamentos são de ordem prática, política e na ordem de como ele poderia ser realizado. O Brasil ainda precisa realizar mudanças importantes referentes ao processo de humanização do parto e na implementação das normas de atendimento à parturiente propagadas pelo Ministério da Saúde. As pesquisas sobre apoio emocional, seja ele dado por uma doula, uma enfermeira ou por um acompanhante, evidenciam que o aspecto emocional que envolve o parto precisa ser seriamente considerado pela equipe que atende à parturiente e sua família.

2.4.5 O conceito de apoio emocional

O conceito de apoio emocional adotado nesta pesquisa foi baseado nos conceitos utilizados nas pesquisas citadas anteriormente (Mcgrath, Robertson, Hinkley, 1991; Klaus e Kennell, 1992; Zhang, Bernasko, Leybovich, Fahs, Hatch, 1996; Souza e cols, 1997; Kennell, Klaus, Campero, e cols 1998; Langer, Campero, Garcia, Reynoso, 1998; Banyana, Sandall, Bennett, MacLeod, 1999; e Hodnett, 2001). Os fundamentos básicos que perpassam todas as pesquisas são o apoio emocional, apoio físico e informações.

O apoio emocional dá-se por uma aproximação carinhosa à parturiente, palavras de encorajamento e elogios. O apoio físico dá-se por meio de toques, massagens e o incentivo à deambulação e a mudanças de posição, buscando sempre oferecer conforto físico à mulher. A informação caracteriza-se pelo oferecimento de qualquer informação, seja em nível do desenvolvimento do trabalho de parto, seja quanto os procedimentos médicos utilizados pela equipe. Em algumas pesquisas (Banyana, 1999; Gale, 2001) surge ainda o conceito de *advocacy*¹⁴, caracterizado pelo apoio dado à parturiente quanto às suas escolhas e desejos, servindo de interlocutor junto à equipe, no sentido de garanti-los, quando possível.

Para o Ministério da Saúde (2001), as atribuições da acompanhante treinada são:

- orientar a mulher a assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações;
- favorecer a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor com silêncio e privacidade;

¹⁴ Advocacy: palavra em inglês que significa advogar em nome de alguém.

- orientar a mulher sobre métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários;
- estimular a participação do marido ou companheiro em todo o processo; e
- apoiar e orientar a mulher no período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada.

Portanto, o apoio emocional caracterizam-se por um conjunto de atitudes e técnicas que propiciam à parturiente conforto físico, emocional e segurança e, ao acompanhante, orientação e estímulo à participação. A informação e a orientação são fundamentais no desenvolvimento deste tipo de apoio, pois contribuem para que o casal ou o par compreenda como está o desenvolvimento do trabalho de parto, o que possibilita uma posição autônoma e um papel de protagonista no parto. Para facilitar a nomeação deste apoio, será utilizado apenas o nome ‘apoio emocional’, tendo em mente todas as suas características.

3 MATERNIDADE DO HU

A maternidade do Hospital Universitárioda Universidade Federal de Santa Catarina (HU) foi inaugurada em 24 de outubro de 1995. Em sua criação, atuaram vários profissionais que aspiravam a implantar uma unidade voltada para a filosofia de humanização do nascimento. Essa equipe foi formada por núcleo interdisciplinar de enfermeiras, médicos contratados para atuar na maternidade, psicóloga, assistente social, assistente administrativo, docentes do Departamento de Enfermagem, Nutrição, Pediatria e Medicina (Santos e Seibert, 2001).

O atendimento na maternidade do HU está baseado nas propostas preconizadas pela OMS (1995 e 1996) e sua prioridade é o respeito à relação da díade mãe-bebê, bem como a inclusão da família no processo de nascimento, além de apoiar o aleitamento materno exclusivo. Esse atendimento, desenvolvido pelos profissionais da unidade, foi reconhecido por meio do título de *Hospital Amigo da Criança*, obtido em dezembro de 1997. Ainda, em função da contínua assistência humanizada à mulher, ao recém-nascido e à família, durante o processo de gestação, parto e puerpério, o Ministério da Saúde conferiu o Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo à maternidade do hospital, em 2000.

Como uma instituição pública e gratuita, a maternidade oferece atendimento a uma clientela que abrange diferentes grupos sociais, mais freqüentemente, grupos populares e camadas médias. As usuárias da maternidade provêm de diversas localidades da ilha, do continente e de municípios vizinhos.

3.1 Objetivos da Maternidade

- Prestar assistência integral à tríade mulher/recém-nascido/família, desenvolvendo ações em nível de promoção, proteção, tratamento e recuperação;
- proporcionar assistência personalizada, de alto nível quantitativo e qualitativo, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, à família, no processo de gravidez, parto e puerpério;

- possibilitar e orientar o companheiro a participar do processo gravídico-puerperal;
- priorizar o atendimento da puérpera em sistema de alojamento conjunto, com execução de ações que favoreçam a vinculação afetiva, a amamentação e o preparo dos pais e/ou familiares para o cuidado da criança;
- promover atuação integrada da equipe multidisciplinar;
- adotar sistemas de registro no prontuário, compatibilizando o existente no HU com outro que permita integrar programas de dados nacionais e/ou internacionais;
- estabelecer padrões de cuidado para a mulher/recém-nascido/família;
- avaliar sistematicamente a assistência por meio de programas de auditorias e outros;
- atuar de forma integrada com outros recursos de saúde municipais, estaduais e federais;
- oferecer aos estudantes campo de ensino, pesquisa e extensão.

3.2 Recursos Humanos e Materiais

Em relação à estrutura física, a maternidade está situada no segundo andar do hospital, juntamente com o setor de internações pediátricas. Entre essa ala e o centro obstétrico, situado no extremo oposto, encontram-se o alojamento conjunto e o berçário, seguido da ala de internações ginecológicas e da sala de espera da triagem.

Quanto aos recursos humanos, encontram-se, nessa unidade, profissionais contratados e estudantes da UFSC. Os profissionais contratados dividem-se em nível médio, superior e de apoio. O quadro de funcionários de nível superior é composto por 52 médicos, 29 enfermeiros, um nutricionista, um assistente social e um psicólogo. O nível médio é composto de 52 técnicos em enfermagem, 47 auxiliares de enfermagem, 25 assistentes de administração e um auxiliar de nutrição. Por fim, no quadro de apoio constam 22 funcionários no serviço de limpeza, 17 copeiros ou lactaristas, quatro vigilantes, três auxiliares de laboratório, dois auxiliares de farmácia e dois recepcionistas. Além dos profissionais fixos, há estagiários de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social.

3.3 Centro Obstétrico

O centro obstétrico (C.O.) está dividido em cinco áreas: as salas de pré-parto, a sala de observação, as salas de parto vaginal e a sala de cirurgia, sala do recém-nascido e sala de

recuperação. Os plantões são de 12 horas, formados por dois médicos, uma enfermeira, cinco técnicas, dois ou três estagiários de medicina e um funcionário do serviço de limpeza no plantão noturno. O neonatologista e o anestesista estão lotados no centro obstétrico, porém, eles apresentam-se de acordo com a demanda. Além da equipe do plantão, há a enfermeira chefe, as estagiárias de enfermagem, que estagiam em períodos diferentes, bem como as estagiárias de psicologia, que atendem a casos específicos.

Uma vez que as observações ocorreram nas salas de pré-parto e parto, a descrição a seguir ater-se-á as essas áreas, apenas.

Há duas salas de pré-parto, com dois leitos em cada uma. Divisórias internas separam os leitos, porém, não completamente, pois elas não alcançam o teto e há comunicação direta entre os leitos. Por exemplo, para acessar os leitos 2 e 4, a equipe normalmente atravessa os leitos 1 e 3, embora seja possível acessá-los através de um corredor localizado de um outro lado da salas de parto. Essa organização espacial propicia pouca privacidade interna, sendo que um dos problemas mais preocupantes ocorre quando uma parturiente expressa dores e grita, continuamente, influenciando as demais mulheres, gerando comentários e perguntas sobre a possibilidade de sentirem o mesmo que ‘a mulher ao lado’. O acompanhante, em geral, permanece sentado ao lado da paciente e, quando circula, utiliza o espaço do corredor, que pode ser usado por todas as parturientes e acompanhantes, onde há uma barra de ferro, bola e o cavalinho (Ver anexo A).

A maternidade do HU tem quatro leitos disponíveis para o trabalho de parto, sendo que, em caso de urgência, os leitos da recuperação ou observação podem ser utilizados. A equipe estabelece uma enfermeira de plantão, que atua em todo o centro. Normalmente, uma técnica em enfermagem é alocada para atuar nas salas de pré-parto.

A equipe que atende às salas de pré-parto são os dois médicos de plantão, que atuam, principalmente, no pré-parto e parto, a enfermeira de plantão, atuante em todas as áreas do centro obstétrico, dois ou três estagiários de medicina e uma técnica em enfermagem. A participação de outras técnicas em enfermagem dá-se em função da necessidade.

Durante a realização desta pesquisa, não foi possível observar os estagiários de medicina, que estiveram ausentes no período de junho, julho e agosto.

3.4 Atividades de Apoio à Parturiente no C.O.

O centro obstétrico dispõe de um espaço e instrumentos (Ver anexo A) que possibilitam à parturiente realizar atividades durante o trabalho de parto, como:

- deambulação;
- uso da bola;
- uso do cavalinho (Ver anexo A).

A equipe de enfermagem, realiza outras atividades que contribuem para o desenvolvimento do trabalho de parto, tais como:

- banhos;
- massagens na parturiente e orientação para que o acompanhante faça a massagem;
- incentivo para que a parturiente assuma diferentes posições (sentada, em pé, quatro apoios¹⁵, quatro apoios sobre a bola);
- ensino de técnicas de respiração para ajudar a parturiente no momento das contrações.

A preparação do ambiente foi outra característica observada nas salas de pré-parto e parto e pode ser descrita como:

- a luz do leito apagada;
- escurecimento do ambiente;
- música;
- uso de aromaterapia¹⁶;
- uso de cromoterapia;
- quando possível, mudança a parturiente de leito se a companheira da sala de pré-parto está gritando muito.

¹⁵ Posição de quatro apoios: posição na qual o peso está sobre os joelhos e cotovelos flexionados sobre uma superfície, neste caso, sobre a cama.

¹⁶ O uso de aromaterapia e cromoterapia foi observado duas vezes, sendo que, durante a realização desta pesquisa, seu uso foi vetado no centro obstétrico.

Pode-se citar, como atividade de apoio, o acompanhamento contínuo do parto oferecido pelo serviço de psicologia. Essa atividade é desenvolvida pelas estagiárias de psicologia, juntamente com uma supervisora local e uma supervisora acadêmica e constitui-se do acompanhamento da parturiente, durante todo o trabalho de parto, com a função de proteção, cuidado, atenção, toque e massagem.

Dada a pequena quantidade de estagiárias, o atendimento é oferecido a um número limitado de parturientes, sendo que o principal critério utilizado é o de acompanhamento das mães que se encontram sozinhas no centro obstétrico. Porém, de acordo com a demanda, as estagiárias também realizam o trabalho de doula com mães acompanhadas, quando solicitado pela equipe, prestando auxílio aos pais ou acompanhantes.

4 MÉTODO

O método esteve ancorado em dois pilares básicos: a observação participante de campo e as entrevistas semi-estruturadas dos sujeitos participantes. Estes instrumentos foram integrados no desenvolvimento da pesquisa caracterizada pela abordagem qualitativa que é explicitada em continuação.

4.1 Abordagem Qualitativa

A opção pela abordagem qualitativa para conhecer as fontes de apoio emocional dado às parturientes deu-se pela concepção de que a pesquisa é um processo aberto e interativo, no qual, por meio dos instrumentos de coleta de dados escolhidos e a constante interação com o ambiente, pode-se compreender os aspectos que compõem esse apoio. A dinâmica das relações entre a equipe, a parturiente e o acompanhante foi objeto de conhecimento, considerando suas regularidades e singularidades, na intenção de vislumbrar o que é esse apoio, quem o dá e de que forma.

A compreensão de que a pesquisa é isenta de neutralidade e do pesquisador como sujeito que interage com o objeto foi fundamento importante que legitimou a relação entre pesquisadora, participantes e o ambiente. Na abordagem qualitativa, o pesquisador é parte do processo de pesquisa, bem como o contexto e os sujeitos participantes dessa realidade. Essa rede de relações constitui o caráter interativo como condição essencial na construção do conhecimento (González Rey, 2002).

Esse processo interativo caracteriza-se, também, como aberto à realidade mutante com que o pesquisador interage. O trabalho da pesquisa parte de um delineamento em que o foco e os instrumentos estão delimitados, porém não estão limitados, pois interagem com uma realidade social em constante movimento. Como afirma Davila:

Por su parte, el diseño qualitativo se caracteriza por la *invencion*: esto es, por dar cabida siempre a lo inesperado (attendu l'inattendu); o dicho de otra forma, por obturar toda rutina, puesto que las técnicas de investigación social se aplican a una realidade siempre cambiante (in Delgado, 1994, p. 77)¹⁷.

¹⁷ Por sua parte o delineamento qualitativo caracteriza-se pela invenção: isto é, por permitir o inesperado (attendu l'inattendu); ou dito de outra forma, por evitar toda a rotina, uma vez que as técnicas de investigação social aplicam-se a uma realidade sempre mutante (livre tradução de Cibele Motta)

Nesse sentido, cabe ao pesquisador, considerando a sua experiência, seu conhecimento, sua sensibilidade e percepção, buscar conhecer o contexto da pesquisa e lidar com as variações que ela traz, sem necessariamente desprezá-las, uma vez que essas variações e mudanças contribuem para o aprimoramento da compreensão do objeto de pesquisa.

A consideração das variações leva a um outro aspecto característico, que é o lugar legítimo da singularidade dentro da abordagem qualitativa. A construção do conhecimento não se dá, exclusivamente, na descoberta das regularidades e frequências, mas também na emergência do singular, não como conceito individual, mas como expressão da subjetividade humana. Nesse sentido, comenta González Rey:

A singularidade foi historicamente desconsiderada quanto à sua legitimidade como fonte de conhecimento científico; mas na pesquisa da subjetividade adquire importante significação qualitativa, que impede de identificá-la como conceito de *individualidade*. A singularidade se constitui como realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do indivíduo (2002, p. 35).

A repetição do evento ou fenômeno pesquisado em amostras representativas deixa de ser condição para a construção de conhecimento, uma vez considerada a expressão da singularidade. Nesse sentido, o número de participantes da pesquisa não está marcado pelo que uma amostra pode revelar de informações repetidas, mas sim pela presença de informações relevantes para o desenvolvimento do conhecimento acerca desse fenômeno, como expõe Davila:

En dicho diseño, por tanto, no es relevante la cantidad sino la composición adecuada de los grupos (y, por ende, el número adecuado de éstos) dado que un mayor número de los mismos no supone más información – en el sentido de novedades, de conocimientos nuevos – sino que implica mayor redundancia (repetición de las claves de los discursos ya obtenidos). Así pues, cabe señalar que el diseño cualitativo se compone en tanto virtualidad (considera un campo heterogeneo y discontinuo) (in Delgado, 1994, p. 78)¹⁸.

A outra faceta do caráter interativo é o permanente diálogo entre a coleta da informação e a reflexão ou análise dela, caracterizando o processo de pesquisa. Para Corbin e Strauss (1990), esse é um dos princípios fundamentais para interagir com o contexto da

¹⁸ Neste delineamento, portanto, a quantidade não é relevante, se não a composição adequada dos grupos (consequentemente o número adequado desses) dado que, um maior número dos mesmos não supõe mais informação – no sentido da novidade, se não, que implica em maior redundância (repetição dos pontos-chaves e dos discursos já obtidos). Assim, portanto, cabe assinalar que o delineamento qualitativo se compõe enquanto virtualidade (considera um campo heterogêneo e descontínuo) (livre tradução de Cibele Motta)

pesquisa, a fim de retificar o objeto no processo da pesquisa. Assim sendo, os instrumentos são o caminho e as informações coletadas são fontes de reflexão e é a partir desse diálogo que o pesquisador expressa e constrói o conhecimento.

Nesta pesquisa, a abordagem qualitativa abarca os aspectos anteriormente explanados, utilizando-se da observação participante de campo e das entrevistas semi-estruturadas como meio de conhecer e tentar apreender os dados observados da realidade. Neste sentido a combinação da observação e das entrevistas busca abarcar essa realidade através da compreensão e descrição da pesquisadora sobre o objeto de pesquisa face a concepção do sujeitos atores deste contexto.

A observação permite conhecer e descrever os segmentos da realidade investigada através do conhecimento e descrição dos comportamentos e o ambiente (Laville, 1999). Sendo que, a observação participativa permite ao pesquisador interagir com essa realidade, diminuindo portanto a dicotomia sujeito e objeto (Batista, 1996).

A técnica de entrevistas semi - estruturadas permite o aprofundamento das questões que estão sendo investigadas, bem como a representação dessas questões. Além do mais, permite um maior contato com o sujeito e como coloca Laville

"..... sua flexibilidade (da entrevista) possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo assim a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e de seus valores ... em suma, tudo o que reconhecemos, desde de início como objeto das investigações baseadas no testemunhos." (1999, pag 189)

Dessen (1997) aponta que para investigar as representações sobre um objeto é necessário conhecer o contexto e o segmento da realidade que serão estudados. Neste sentido a decisão de combinar observação e entrevistas visou a dar voz própria à participante, para que, a o significado de sua experiência do nascimento tivesse voz, no sentido de legitimar os resultados ou demonstrar a discrepâncias sobre as informações observadas.

4.2 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado entre os dias 08/05 e 10/06 de 2002, no intuito de conhecer o contexto e a viabilidade do projeto traçado para a pesquisa. A seguir, tem-se o delineamento do estudo piloto, seus resultados e as principais mudanças realizadas a partir dessa experiência.

4.2.1 Participantes

A pesquisa foi realizada com cinco parturientes em trabalho de parto, internadas no centro obstétrico da maternidade do HU. Todas tinham acompanhante familiar e uma delas foi também acompanhada pela estagiária de psicologia, que ofereceu apoio emocional. Os critérios de inclusão que caracterizaram o grupo foram:

- os partos observados ocorreram por via vaginal;
- as parturientes encontravam-se na faixa etária de 18 a 35 anos;
- as participantes eram primi-parturientes e houve uma com cesariana prévia;
- os partos observados procederam de uma gravidez a termo e saudável.

4.2.2 Instrumentos

Dois tipos de instrumentos de coleta foram utilizados: observação participativa do trabalho de parto e do parto e entrevistas realizadas no pós-parto, no momento da pré-alta.

4.2.3 Contribuições do Estudo Piloto

A primeira função do estudo piloto foi permitir conhecer o contexto da pesquisa e compreender a dinâmica das relações dentro do centro obstétrico, incluindo a apresentação da pesquisa à equipe de saúde. Em segundo lugar, a partir da experiência, foi possível estabelecer uma dinâmica de coleta de dados, aperfeiçoar o roteiro de entrevista e a forma como as observações eram realizadas, além de aprender como abordar a parturiente e seu acompanhante, tanto no momento da observação quanto no momento da entrevista. O estudo

piloto foi, ainda, fundamental para a reavaliação do projeto de pesquisa e efetivação das mudanças necessárias para a sua realização.

A seguir, detalham-se esses três aspectos e apresentam-se as mudanças que foram realizadas ao fim desse período. A apresentação consistiu em mostrar a proposta de trabalho para um grupo de funcionários da maternidade (enfermeiras, médicos, assistente social e psicólogo), durante uma reunião periódica. Além desse encontro, a proposta de pesquisa foi apresentada, pessoalmente, a cada enfermeira responsável pelo plantão dentro do centro obstétrico (C.O.). Ficar dentro do C.O. permitiu à pesquisadora conhecer a dinâmica das relações de trabalho, o que, embora não tenha sido objeto de investigação, foi fundamental para compor a idéia de contexto desta pesquisa.

Os instrumentos de coleta de dados delineados no projeto e utilizados no estudo piloto foram a técnica observação participante de campo da situação de parto e entrevistas na pré-alta. Esses instrumentos foram aprimorados e permaneceram no desenvolvimento da pesquisa.

Na observação, uma das suas mudanças foi a frequência das visitas aos leitos, que diminuiu de três por hora, com intervalo de 20 minutos, para duas visitas, com intervalo de 30 minutos. Além disso, a dinâmica e o conteúdo das anotações de campo realizadas após cada observação foi desenvolvida com as primeiras participantes. O número mínimo de duas horas de observação foi também estipulado a partir da experiência.

O roteiro foi aprimorado no que concerne à linguagem e à ordem das perguntas e foram introduzidas as questões 6, 11, 12, 18, 19 e 20 (Ver anexo B / C), no intuito de aprofundar as questões sobre a experiência do trabalho de parto e do parto e sobre o apoio emocional.

A folha de acompanhamento de parto foi um novo instrumento criado para ajudar na sistematização da coleta de dados do pré-parto. Por meio desse instrumento, os itens sobre intervenções médicas durante o trabalho de parto, profissional responsável pela condução do parto, número de membros da equipe presentes durante o trabalho de parto, posição do nascimento do bebê e incentivo à amamentação passaram a ser sistematicamente investigados.

O estudo piloto possibilitou ajustes no projeto original, em função da realidade do contexto. Inicialmente, o projeto contemplava apenas parturientes sozinhas, porém, dado que a permissão e o incentivo à presença do acompanhante familiar faz parte da filosofia da maternidade, a pesquisa passou a ser realizada com a presença do acompanhante. A segunda mudança foi em relação ao objetivo da pesquisa. A princípio, um estudo comparativo seria

realizado entre um grupo de parturientes que recebiam apoio emocional qualificado das estagiárias de psicologia e um grupo que não o recebia. O estudo com as estagiárias não pôde ser realizado; então, o objetivo de pesquisa foi ampliado no sentido de caracterizar o apoio emocional dado à parturiente pelo acompanhante e pela equipe de enfermagem. A pesquisa passou a ter um caráter exploratório e descritivo.

4.3 Pesquisa propriamente dita

4.3.1 Participantes

O grupo de participantes da pesquisa foi composto por 14 parturientes em trabalho de parto que se encontravam internadas no Centro Obstétrico da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Um conjunto de quatro critérios norteou a participação das parturientes na pesquisa, sendo eles: idade entre 18 e 35 anos, ser primi-parturiente, ter tido uma gravidez saudável e idade gestacional entre 37 e 42 semanas incompletas. Houve duas exceções a esses critérios: (1) a idade gestacional de uma parturiente era 36 semanas e quatro dias, porém, o bebê estava bem e apresentava peso adequado de 2.960 kg; (2) uma participante tinha 17 anos. O critério de idade mínima foi definido no sentido de evitar trabalhar com parturientes adolescentes; contudo, essa adolescente era casada, vivia na sua própria casa e o bebê foi planejado; portanto, esse quadro configura uma situação diferente de uma adolescente que vive com a família e vivenciou uma gravidez indesejada. Embora o acompanhamento familiar não fosse um critério de participação na pesquisa, vale mencionar que todas as parturientes observadas trouxeram acompanhante, voluntariamente.

O número final de participantes, cujos dados foram analisados, é 14. Porém, um conjunto de 32 parturientes participou do contexto geral da pesquisa, contribuindo para a compreensão do seu objetivo. Pode-se descrever a participação das parturientes, a partir do tipo de instrumento utilizado, sendo que:

- 24 parturientes foram observadas e entrevistadas;
- 2 mães foram somente entrevistadas;
- 6 parturientes foram somente observadas (cinco cesarianas e um parto normal).

Somente as parturientes que foram observadas e entrevistadas participaram da análise dos dados. Desse conjunto de 24 parturientes, cinco não foram analisadas, por não preencherem os critérios definidos:

- uma parturiente vivenciava o primeiro parto normal na segunda gestação;
- a segunda participante tinha apenas 16 anos e o seu parto não foi observado;
- em três situações de parto, a pesquisadora atuou como fonte de apoio emocional de forma direta.

Portanto, o grupo final constituiu-se de 19 parturientes, compreendidas em dois grupos: cinco participantes do estudo piloto; o grupo de análise, formado por 10 participantes que tiveram parto vaginal; e quatro parturientes que tiveram cesariana.

4.3.2 Local

A pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico e no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário. (ver seção 3)

4.3.3 Procedimentos de Coleta de Dados

A pesquisa realizou-se em duas etapas: primeiramente, foram realizadas observações e preenchimento da folha de acompanhamento do parto (anexo F) no centro obstétrico; e, num segundo momento, foram realizadas entrevistas no alojamento conjunto. Portanto, são três os instrumentos que compõem o procedimento de coleta de dados: observações, folha de acompanhamento do parto e entrevistas semi-estruturadas.

4.3.3.1 Observação

A observação foi realizada por meio da técnica de observação participante de campo, emprestada da etnografia e cuja linguagem científica inclui a descrição dos eventos e interpretações a posteriori. A pesquisadora interagia com os participantes observados, dentro de limites estabelecidos, constituídos por apresentação da pesquisadora e da pesquisa, eventuais interações verbais durante os momentos de observação e eventuais instruções.

As observações tinham como objeto a parturiente e propiciavam descrever a maneira como ela vivenciava o processo de trabalho de parto e as interações entre ela e o acompanhante e entre a parturiente e a equipe de enfermagem. As observações consideradas foram as que tiveram duração mínima de duas horas. A dinâmica das observações caracterizou-se por visitas de até um minuto ao leito da parturiente, com um intervalo aproximado de 30 minutos entre cada visita. Há duas exceções a essa dinâmica: quando havia interação equipe-parturiente, o período de observação durava até 15 minutos; quando o trabalho de parto estava muito prolongado, o intervalo da observação foi de uma hora.

Foram utilizadas duas técnicas para descrever a observação: registros de incidentes críticos (Dessen, 1998) e diário de campo. Os registros foram realizados logo após cada período de observação do pré-parto e o número de anotações variou de acordo com o tempo total de observação. O principal objetivo das anotações de campo foi descrever mais detalhadamente aspectos como: condições emocionais da mulher, postura física, reação diante do desenvolvimento do trabalho de parto e interação parturiente-acompanhante e parturiente-equipe de enfermagem (Ver anexo E). Os diários de campo (Dessen, 1997) foram escritos após o período total de observação da situação de parto. O objetivo principal foi retratar as principais características da parturiente e a interação estabelecida entre acompanhante e a equipe de enfermagem, no momento do pré-parto e no momento do parto. Os diários de campo seguem a seguinte ordem:

Pré-parto

- **Apresentação do caso:** idade da parturiente, acompanhante, abortos, procedimentos e tempo de observação;
- **Descrição do ambiente:** presença ou ausência de outra parturiente na mesma sala de pré-parto, ambientação da sala de pré-parto (luz apagada, música, uso de aromas, uso de técnicas) e alguma característica particular;
- **Parturiente:** características do desenvolvimento do trabalho de parto, reações emocionais e físicas quanto ao andamento do trabalho de parto, uso de técnicas e posições e características específicas de cada situação;
- **Acompanhante familiar:** reação do acompanhante frente à situação de parto e sua relação com a parturiente;
- **Equipe de saúde:** descrição da relação que a equipe estabelece com a parturiente e algumas características específicas.

Período expulsivo

- **Apresentação do período expulsivo:** hora do encaminhamento para a sala de parto, número de pessoas da equipe de saúde na sala de parto, hora do nascimento do bebê, posição do parto e outras características específicas da situação;
- **Parturiente:** comportamento da parturiente no período expulsivo, relação com a equipe, reação diante do bebê e características específicas da situação;
- **Acompanhante familiar:** relação do(a) acompanhante com a parturiente e reação diante do bebê;
- **Equipe de saúde:** relação que a equipe estabelece com a parturiente e características específicas da situação;
- Os partos cesarianos não contêm diário de campo do nascimento do bebê.

Tempo de observação

As observações, realizadas por um período de 1 a 15 minutos, ocorreram com um intervalo de 30 minutos, salvo as exceções já explicitadas na seção 4.3.3.1. Estas observações ocorreram dentro da seguinte faixa de tempo:

- 02:00 até 04:00 horas : um grupo de 5 parturientes foram observadas
- 04:00 até 06:00 horas: um grupo de 3 parturientes foram observadas
- 06:00 até 08:00 horas: um total de 2 parturientes foram observadas
- 08:00 até 10:00 horas: um total de 2 parturientes forma observadas
- 1 parturiente foi observada por 12 horas
- 1 parturiente foi observada por 20 horas

4.3.3.2 Folha de acompanhamento da situação de parto

A folha de acompanhamento de parto foi elaborada no intuito de obter informações técnicas sobre a parturiente, o desenvolvimento do trabalho de parto, o número

de pessoas na sala de parto e sobre o bebê (anexo F). Algumas informações desse instrumento foram obtidas por meio do prontuário da parturiente.

4.3.3.3 Roteiro de entrevista

O roteiro semi-estruturado de entrevista permitiu fazer outras perguntas a partir da resposta da participante. Isso possibilitou o aprofundamento no tema abordado, além de outras perguntas sobre temas diferentes, de acordo com os assuntos que foram trazidos pela participante. As entrevistas foram gravadas e integralmente transcritas. O encontro entre pesquisadora e participante aconteceu na sala de reuniões do alojamento conjunto, num período denominado pré-alta, que compreendia, no mínimo, 44 horas após o parto.

4.3.4 Cuidados Éticos

Os cuidados éticos que perpassaram a realização desta pesquisa iniciaram como a apreciação e aprovação do pré – projeto enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (anexo D) de acordo com as exigências da lei Res. CNS 196 / 96. Embora o projeto e a realização da pesquisa tenham sofrido modificações, o tema da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados permaneceram os mesmos que foram consentidos pelo Comitê de Ética.

Com a pesquisa em curso, os principais cuidados éticos se deram no contato com parturientes e na relação com a equipe de saúde. O primeiro contato com a parturiente era realizado quando esta já se encontrava em trabalho de parto, muitas vezes em enfrentando momentos de dor. Portanto o contato se dava no momento em que ela se sentia melhor e tinha possibilidade de interagir com a pesquisadora. Neste momento, a pesquisa era apresentada à parturiente e ao acompanhante, e a partir do consentimento de ambos os períodos de observações iniciavam. Vale enfatizar que o bem estar da parturiente e do acompanhante eram aspectos constantemente avaliados e considerados para iniciar as observações, bem como ao longo do processo de observação, uma vez que esse é um momento de intimidade e intensidade emocional e a inserção da pesquisadora neste contexto tem que ser realizada com cuidado e discrição.

O termo de consentimento informado (anexo G) foi apresentado à parturiente no início da entrevista, quando era lido pausadamente e perguntas sobre a compreensão do seu

conteúdo eram feitas durante a leitura e ao seu fim. Somente após o termo de consentimento informado ser assinado é que as entrevistas foram realizadas.

Quanto ao tratamento dos dados, todos os nomes apresentado na discussão dos resultados são fictícios. Os nomes utilizados para a equipe de saúde não variaram de pessoa para pessoa, isto é, todas enfermeiras chamam-se “Márcia”, todas as técnicas de enfermagem chamam-se “Ana”, todos os médicos chamam-se “Adriano” e todos os anestesistas chamam-se “Bernardo”.

4.3.5 Procedimento de Análise de Dados

Para realizar a análise de dados, utilizou-se o sistema de codificação desenvolvido por Corbin e Strauss, na teoria chamada *Grounded Theory* (1990), e que consiste principalmente em: “represents the operations by which data are broken down, conceptualized, and put back together in new ways.”¹⁹ (p. 57).

Para Corbin e Strauss há quatro pressupostos básicos que norteiam o processo de codificação: a) a realização da análise de dados é, de fato, o desenvolvimento do processo de interpretação dos dados; b) os procedimentos e técnicas não devem ser aplicados de forma mecânica, mas seu uso deve ser flexível, de acordo com a realidade do contexto; c) para lidar com a aplicação flexível da técnica é necessário fazer perguntas analíticas sobre o curso do processo de investigação; e d) os procedimentos de codificação são realmente úteis quando aprendidos na prática, além da aprendizagem teórica.

A unidade de análise dos dados é o conceito que se caracteriza por nomear o fato, evento ou outras instâncias do fenômeno, como descrevem Corbin e Strauss: “... conceitualizar os dados torna-se o primeiro passo da análise. Por fragmentar e conceitualizar nós queremos dizer separar uma observação, uma frase, um parágrafo e dar a cada, idéia, evento, um nome, algo que represente o fenômeno” (1990, p. 63).

Esse processo de codificação permite que tanto as descrições das observações quanto as entrevistas sejam examinadas a partir da mesma unidade de análise. Portanto, nesta pesquisa, nos dados levantados, utilizou-se esse mesmo processo. É possível conhecer os conceitos que formam os elementos das subcategorias na apresentação dos resultados.

Após o processo de conceitualização, os dados são classificados de acordo com as propriedades similares que se apresentam, descrevendo, então, um fenômeno maior. Esse

¹⁹ operações através das quais os dados são fragmentados, conceitualizados e articulados de uma nova forma (livre tradução por Cibele Motta)

processo de agrupamento dos conceitos sob um ‘tópico’ é denominado categorização e as categorias formadas são nomeadas. Um dos objetivos da categorização é diminuir as unidades de análise; em vez de se analisar uma série de conceitos, analisam-se categorias. Para Corbin e Strauss (1990), as categorias têm poder conceitual e poder de reunir outros grupos de conceitos ou subcategorias.

Nesta pesquisa o processo de categorização foi dividido em três instâncias numa ordem crescente de agrupamento, denominados de: *elementos da categoria*; *categoria e núcleo temático*. O elemento da categoria é formado pela categorização dos dados retirados diretamente da análise dos dados. A categoria constitui-se da reunião dos elementos similares sob um único tópico. O núcleo temático é formado pela reunião das categorias sobre um mesmo tema. A hierarquia dos conceitos e categorias utilizados na análise de dados nesta pesquisa foi estruturada da seguinte forma, partindo do menor para o maior elemento:

- Elementos da categoria.
- Categoria.
- Núcleo temático.

4.3.6 Dados das Participantes da Pesquisa

Os dados seguintes são referentes ao grupo alvo de análise, composto por 14 participantes.

4.3.6.1 Identificação das participantes

Idade: Nove participantes tinham entre 20 e 25 anos, duas tinham menos de 20 anos (17 e 18 anos), outras duas participantes tinham entre 25 e 30 anos e uma tinha acima de 30 anos.

Estado civil: Havia duas participantes solteiras, sete viviam em regime de união estável e cinco participantes eram casadas no civil.

Grau de instrução: Quatro participantes tinham ensino fundamental incompleto, três haviam terminado o ensino fundamental completo, duas tinham ensino médio incompleto, duas haviam concluído ensino médio completo; duas participantes tinham o ensino superior completo e uma tinha o ensino superior incompleto.

Profissão: Dez participantes não estavam trabalhando quando a pesquisa foi realizada – foram incluídas neste grupo duas participantes com formação acadêmica e que se declararam autônomas e uma com formação técnica, mas que não estavam gerando renda; havia uma empregada doméstica, uma atendente de lanchonete, uma garçonete e uma crediária

Renda mensal: Considerou-se como renda mensal a renda gerada por todos os membros trabalhadores da família. Três participantes alegaram renda inferior a um salário mínimo; seis participantes declararam renda entre um e três salários mínimos; quatro declararam renda entre quatro e sete salários mínimos, porém, uma delas vive, junto com seu marido, sob completa dependência da família; somente uma participante declarou renda entre sete e dez salários mínimos.

4.3.6.2 Dados sobre a gravidez e o pré-parto

Planejamento da gravidez: Metade do grupo das participantes entrevistadas alegou ter planejado a gravidez, de alguma forma.

Número de consultas do pré-natal: Cinco participantes afirmaram ter feito seis consultas (número mínimo indicado pelo Ministério da Saúde); outras cinco alegaram ter feito de sete a dez consultas; entre 11 e 12 consultas foram realizadas por duas parturientes; e outras duas alegaram ter feito menos de cinco consultas.

Preparação para gravidez e parto: Quatro participantes afirmaram ter participado de palestras sobre os temas gravidez, parto ou cuidados com o bebê; seis participantes declararam ter lido sobre gravidez ou parto, e somente uma participante fez cursos sobre gravidez e parto e participou de palestras.

Idade gestacional: Somente uma participante tinha idade gestacional de 36 semanas e quatro dias, de acordo com o exame de ultra-som (o bebê que nasce nessa idade gestacional é considerado pré-termo); todas as outras parturientes apresentaram gestação a termo, de acordo com o exame de ultra-som.

Acompanhante: Dos quatorze acompanhantes, dez eram companheiros ou maridos das parturientes; duas parturientes foram acompanhadas pela mãe; uma pela irmã; e uma participante foi acompanhada por uma doula.

5 APRESENTAÇÃO DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS E DAS CATEGORIAS

A apresentação dos resultados desta pesquisa dar-se-á por meio da apresentação dos núcleos temáticos e das categorias. Elas foram construídas a partir da observação de campo do período do pré-parto e parto propriamente dito e dos relatos das parturientes, obtidos na entrevista semi-estruturada, tendo como o objetivo de “radiografar” as interações entre parturiente e acompanhantes e parturientes e equipe de enfermagem. Os elementos da categoria é o nível mais básico da codificação e compõe a categoria, isto é, apresentam as características que a formam.. Os elementos da categoria foram retirados diretamente da análise dos dados, podendo incluir a própria fala das parturientes. O objetivo da apresentação desta seção é que para o leitor compreenda como o processo de categorização foi formado.. A seguir o quadro apresenta o total de categorias e núcleos temáticos

Quadro 1

Núcleo Temático	Categorias
	1 Expectativas sobre o trabalho de parto
A – Sobre o acompanhante no pré-parto	2 Presença passiva 3 Referência Emocional 4 Apoio emocional
B - Sobre a equipe de enfermagem no pré-parto	5 Atendimento de rotina 6 Atendimento de atenção 7 Apoio emocional
C – Período expulsivo	8 Sobre o acompanhante no parto 9 Equipe de enfermagem interativa no parto 10 Apoio emocional da equipe de enfermagem no parto
D- Percepção da parturiente sobre o acompanhante	11 Avaliação sobre a presença do acompanhante. 12 Ações do acompanhante
E – Percepção da parturiente sobre o atendimento	13 Percepção sobre o atendimento geral 14 Percepção sobre o atendimento de apoio emocional 15 Atendimento inadequado

Categoria

1) Expectativas sobre o trabalho de parto

Esta categoria descreve as expectativas e sentimentos e sobre o trabalho de parto durante a gravidez.

Elementos

- ‘medo de não estar preparada psicologicamente para o parto’;
- ‘a maior parte dos relatos das experiências de outras mulheres são ruins’;
- ‘sensação de tensão’;
- ‘medo do desconhecido’;
- ‘medo do parto normal’.

A - Núcleo temático: Sobre acompanhante no pré-parto

Este tema descreve as formas de interação do acompanhante com a parturiente e suas principais reações frente ao trabalho de parto.

Categorias

2) Presença passiva

O acompanhante estava presente contínua ou intermitentemente, mas não interagia com a parturiente física ou verbalmente.

Elementos

- ausência de interação verbal ou física;
- ansiedade: *olhar perdido, respiração levemente ofegante, dificuldades em manter-se em uma posição, dificuldade em interagir com a parturiente;*

- desconhecimento sobre o trabalho de parto: *perguntas sobre o que é como se desenvolve o trabalho de parto;*
- necessidade de orientação e estímulo por parte da equipe para interagir de forma mais ativa com a parturiente;
- busca evitar contato com a parturiente: *o acompanhante permanece um tempo com a parturiente e depois se ausenta.*

3) Referência emocional

O acompanhante estava presente contínua ou intermitentemente, interagindo verbal ou fisicamente, oferecendo-lhe carinho, palavras de incentivo e atendendo à parturiente, diante de uma necessidade (exemplo: ir ao banheiro). Entretanto, o acompanhante apresenta um nível de ansiedade que dificulta sua ação como cuidador. Quando o acompanhante foi orientado realizou atividades em conjunto com a parturiente.

Elementos

- interação verbal e física;
- carinhoso: *segura a mão da parturiente; afaga a cabeça e o rosto da parturiente.*
- incentiva com palavras: *usa expressões que estimulam o bem estar da parturiente, exemplo: ‘tudo vai ficar bem’, ‘o neném já está chegando’, ‘você vai conseguir’;*
- atencioso: *responde aos pedidos e necessidades da parturiente;*
- apresenta dificuldade de assumir o papel de cuidador: *apresenta momentos de ansiedades e dificuldades em lidar com a dor da parturiente ou a demora do processo de parto;*
- necessidade de orientação e estímulo por parte da equipe para interagir de forma mais ativa com a parturiente.

4) Apoio emocional

O acompanhante permaneceu presente, continuamente, interagindo verbal ou fisicamente, oferecendo-lhe carinho, palavras de incentivo e atendendo à parturiente, prontamente, diante de uma necessidade (exemplo: ir ao banheiro ou oferecer água); fez massagens na parturiente, acompanhou-a durante a realização de atividades motoras de forma espontânea e interativa e acompanhou-a nas respirações, durante as contrações. O acompanhante assumiu posição de protetor e orientador da parturiente, indo além de uma referência afetiva.

Elementos

- presença constante;
- carinhoso: *segura a mão da parturiente, afaga a cabeça e o rosto da parturiente;*
- incentiva com palavras: *usa expressões que estimulam o bem estar da parturiente, exemplo: 'tudo vai ficar bem', 'o neném já está chegando', 'você vai conseguir';*
- atencioso: *responde aos desejos e necessidades da parturiente;*
- realiza atividades de uma forma interativa e espontânea: *incentiva a parturiente a levantar-se, caminhar, realiza massagens nas costas da parturiente;*
- seguro: *apresenta segurança e tranquilidade diante das expressões de dor da parturiente;*
- acompanha a respiração: *estimula a realização de técnicas de respiração ou acompanha a respiração junto com a parturiente*

B - Núcleo temático: Sobre equipe de enfermagem no pré-parto

Este tema reúne as categorias sobre as principais formas de interação entre equipe de enfermagem, parturiente e acompanhante, sendo que a parturiente é o foco principal.

Categorias

5) Atendimento de rotina

Situação em que a equipe se relacionou com a parturiente e o acompanhante de forma cordial, com ou sem a apresentação de seus membros. A comunicação está baseada em instruções sobre o que deve ser feito e atividades disponíveis. As informações sobre o desenvolvimento do parto foram adquiridas pelos indicadores fisiológicos. Houve intervenção sem interação verbal e conversas paralelas com outros membros da equipe sobre assuntos diversos. Quando possível, a equipe mudava a parturiente de leito, caso houvesse uma parturiente gritando muito. Em termos gerais, não foi observada preocupação quanto à preparação do ambiente.

Elementos

- interação verbal durante os exames;
- instruções sobre as possibilidades de atividades;
- ausência de interação física espontânea;
- ausência de informação e orientação;
- realização de intervenção sem interação verbal;
- comentários inadequados durante o atendimento;
- conversas paralelas sobre assuntos diversos.

6) Atendimento de atenção

A equipe apresentou-se à parturiente e ao acompanhante e relacionou-se com eles de forma cordial. Durante a realização de exames, estabeleceram-se diálogos sobre assuntos normalmente relacionados ao bebê e ao parto. Nesse momento, observaram-se eventuais trocas de contato físico entre parturiente e equipe de enfermagem. A equipe orientou a parturiente e o acompanhante sobre o que precisava ser feito e sobre atividades possíveis. Atenção à parturiente foi dada durante os exames ou quando ela demonstrou necessidade. Quando possível, a equipe mudou a parturiente de leito, caso houvesse uma parturiente gritando muito. Manter a luz do quarto apagada foi o principal tipo de preparação do ambiente utilizado pelos membros da equipe.

Elementos

- informações sobre o desenvolvimento do trabalho de parto;
- interações verbais durante os exames;
- incentivo à participação do acompanhante;
- orientação à parturiente e acompanhante sobre possibilidade de atividades;
- incentivo à realização de atividades;
- interações físicas durante os exames (carinho, massagem);
- explicações sobre as intervenções (explicações sobre o que está sendo administrado e o que está sendo realizado com a parturiente).

7) Apoio emocional

A equipe apresentou-se à parturiente e ao acompanhante, procurando estabelecer um vínculo por meio de diálogo com eles. A busca pela informação sobre o desenvolvimento do parto deu-se pela fala da parturiente, bem como pelo conhecimento dos indicadores fisiológicos. A equipe orientou a parturiente e o acompanhante sobre as atividades possíveis e os acompanhou no início delas. As visitas à parturiente foram realizadas também no período entre-exames. Trocas de contato físico e de carinho foram observadas durante as visitas. Se possível, a equipe mudava a parturiente de leito, quando havia uma parturiente gritando muito. A preparação do ambiente foi uma preocupação dos membros da equipe que oferece este tipo de apoio.

Elementos

- informações sobre o desenvolvimento do parto;
- interações verbais durante os exames;
- orientação das atividades ao acompanhante;
- orientação à parturiente e ao acompanhante sobre possibilidade de atividades;
- acompanhamento inicial das atividades sugeridas;
- interações físicas durante os exames (carinho);

- realização de massagens com óleos;
- explicações sobre as intervenções;
- escurecimento do ambiente;
- uso de cromoterapia;
- uso de música;
- uso de aromaterapia.

C - Núcleo temático: período expulsivo

Este tema abrange as categorias relacionadas às interações entre acompanhante e parturiente e equipe de enfermagem e parturiente.

Categorias

8) Sobre acompanhante no parto

Esta categoria descreve as formas de interação do acompanhante com a parturiente, durante o período expulsivo.

Elementos

- passa de uma atitude ativa para uma atitude passiva: deixa de auxiliar a parturiente e permanece mais quieto e ou distante durante o trabalho de parto;
- permanece ativo durante o parto: continua auxiliando a parturiente na sala de parto;
- integra-se com a equipe: estabelece uma relação amistosa com a equipe

9) Equipe de enfermagem interativa no parto

Caracterizou-se por sua relação da equipe com a parturiente ser ainda marcada pela diretividade, porém, os membros presentes estiveram atentos às necessidades da parturiente, mantendo-se em contato com ela, a partir de constantes palavras de incentivo.

Elementos

- preparação do ambiente (isolamento da sala de parto, diminuição da luz);
- respostas às necessidades e comentários da parturiente: *quando a parturiente faz uma pergunta ou um comentário a equipe responde às suas necessidades e dúvidas;*
- diretividade: *a equipe direciona a parturiente sobre as posições a serem adotadas, bem como sobre o que ela deve fazer;*
- palavras e expressões de incentivo: “*muito bem*”, “*você está indo*”, “*está tudo ótimo*”
- interações verbais: *estabelecimento de um diálogo rápido sobre o contexto;*
- tom de voz suave: *utiliza tom de voz suave ao dirigir-se a parturiente;*
- explicação sobre os procedimentos;
- parabenização;
- explicação sobre a placenta;
- incentivo à mamada;
- a equipe proporciona a interação mãe e bebê.

10) Apoio emocional da equipe de enfermagem no parto

Esta categoria descreve o mesmo padrão de interação observado durante o pré-parto, caracterizado por orientações, afeto, incentivo à participação do acompanhante, informação sobre os procedimentos e o processo fisiológico.

Elementos

- preparação do ambiente (isolamento da sala de parto, diminuição da luz, música, cromoterapia);
- respostas às necessidades e comentários da parturiente: *quando a parturiente faz uma pergunta ou um comentário a equipe responde às suas necessidades e dúvidas;*
- palavras e expressões de incentivo: “*muito bem*”, “*você está indo*”, “*está tudo ótimo*”
- interações verbais: *estabelecimento de um diálogo rápido sobre o contexto;*
- interações físicas: *realização de massagem e carinho;*
- orientação quando necessário: *a enfermeira realiza orientações básicas sobre como a parturiente deve proceder, deixando espaço para que a parturiente aja a partir das suas necessidades;*

- tom de voz suave;
- explicação sobre os procedimentos;
- explicação sobre o processo fisiológico: explicação sobre os processos que estão em ocorrendo neste momento;
- parabenização;
- explicação sobre a placenta;
- incentivo a mamada;
- a equipe proporciona interação mãe e bebê.

D - Núcleo temático: Percepção da parturiente sobre acompanhante

Este tema reúne as categorias sobre como as parturientes avaliam a presença do acompanhante e a sua percepção quanto à forma de ajuda oferecida por eles.²⁰

11) Avaliação sobre a presença do acompanhante

Esta categoria refere-se a como a participante da pesquisa avalia a presença do acompanhante.

Elementos

- ‘bom’;
- ‘grata surpresa’;
- ‘ótimo’;
- ‘maravilhoso’;
- ‘segurança’;
- ‘presença importante’;
- ‘companheiro’;
- ‘acompanhamento’;
- ‘nota mil’;
- ‘melhor tipo de companhia’;
- ‘indiferente’.

12) Ações do acompanhante

Esta categoria descreve a percepção da parturiente sobre como o acompanhante ajudou-a no momento do parto

Elementos

- ‘carinho’;
- ‘paciência’;
- ‘transmite confiança’;
- ‘palavras de incentivo’;
- ‘amor’;
- ‘transmite calma e tranquilidade’;
- ‘ajuda para o nascimento’;
- ‘compartilhar a emoção’;
- ‘carrega o bebê’;
- ‘conversa com o bebê’;
- referência à chegada do bebê;
- acompanhamento e incentivo para realizar respiração profunda;
- massagem;
- acompanhamento nas atividades;
- sensação de indiferença em relação à presença do acompanhante;
- sensação de ajuda inadequada;
- sensação que o acompanhante não sabia o que fazer.

E - Núcleo temático: Percepções da parturiente sobre o atendimento

Este núcleo temático trata de categorias que descreveram como as parturientes avaliam o atendimento da equipe de saúde em geral a sua percepção quanto à forma de atendimento oferecida. O item 13 avalia o atendimento da equipe de enfermagem especificamente.

²⁰ O elementos que aparecem entre aspas são partes das falas das participantes da pesquisa

13) Sobre o atendimento de apoio emocional

Esta categoria refere-se a como as parturientes avaliaram a equipe que prestou um atendimento de apoio emocional.

Elementos

- ‘o trabalho da enfermagem foi interessante’;
- ‘orientação nas atividades dão forças para continuar’;
- ‘superação de dificuldades’;
- ‘ajuda importante’;
- ‘trabalho em conjunto com acompanhante foi importante’.

14) Percepção sobre atendimento geral

Esta categoria refere-se a como as participantes avaliaram o atendimento da equipe de saúde, em termos gerais.

Elementos

- ‘equipe paciente’;
- ‘equipe atenciosa’;
- ‘bom atendimento’;
- ‘atendimento melhor do que esperado’;
- ‘bom acompanhamento sobre o desenvolvimento do trabalho de parto’;
- ‘bom atendimento em comparação com a maternidade do interior’.

15) Atendimento inadequado

Esta categoria refere-se a atitudes e interações que as parturientes julgaram inadequadas.

Elementos

- falta de informação sobre o andamento do trabalho de parto;
- ausência de orientação mais efetiva no turno noturno;
- orientação de diferentes modos de respiração por parte dos membros da equipe;
- falta de delicadeza do doutorando no momento dos exames (o corpo como objeto de aprendizagem);
- ausência de confiança na sensação da mulher;
- julgamento da dor e da expressão de dor;
- equipe subjuga a parturiente.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi construída na inter-relação da apresentação dos dados em conjunto com a literatura apropriada ao tema a fim de compreender e conhecer essa realidade. Este exercício de observação, apresentação e a busca da relação com a literatura existente, resultou numa leitura da realidade investigada, cuja análise e resultados serão apresentados a seguir.

A análise e discussão dos núcleos temáticos e das categorias seguiram a mesma ordem apresentada no quadro 1 (seção 5).

6.1 Expectativas e Sensações quanto ao Parto

Os depoimentos que formaram esta categoria surgiram espontaneamente, em diferentes momentos das entrevistas, e a apresentação desses dados dá-se com o objetivo de demonstrar as expectativas da parturiente sobre o parto normal, durante a gravidez ou na iminência do parto.

O desejo de ter parto normal foi relatado por todas as participantes entrevistadas, sendo que esse desejo vem acompanhado de expectativas e sensações. Elas esperam um parto normal, rápido e com menos dor possível; porém, ao mesmo tempo, a sensação mais presente que permeia a gravidez e o parto é o medo. Os relatos não se referem, necessariamente, a temores relacionados à saúde física da mãe ou do bebê, mas à experiência do parto de forma generalizada, sendo que os relatos tratam deste medo de uma forma difusa, representada pela experiência do parto normal em si, como diz Clara (caso 10):

Eu tinha muito, muito medo, mas queria encarar um parto normal...

A expressão do medo é um signo comum para sensações e sentimentos conscientes e inconscientes. Entre os medos conscientes, está o medo da dor do parto, que, segundo Videla (1997), tem como principal fonte ideológica a maldição bíblica, quando Deus

impingiu a Eva o castigo de parir com dor. Para a autora, essa é uma representação que permeia a construção social do parto. O relato das participantes corroboram esses apontamentos, quando, por exemplo, a participante Jane (caso 4) afirma que as experiências que a cercavam eram de que o parto é uma experiência difícil e dolorosa:

Todo mundo diz isso, ter um filho é horrível, dói. E eu estava procurando conversar com outras pessoas que tivessem passado por outra experiência, que dissessem: “Não, não é tão ruim assim.” Porque, se tantas mulheres engravidam e têm um monte de filhos, não é possível que seja tão ruim na hora de ganhar o nenê. Só me contavam coisas horríveis.

Essa fala ilustra como o discurso social contribui na construção da subjetividade dessa e de outras mulheres no que se refere à vivência do parto. As palavras dor e sofrimento como elementos da vivência do parto estiveram presentes nas entrevistas, como, por exemplo, demonstra Rosângela (caso 2), que fala de sua sensação de dor antes de tomar analgesia:

... eu sofri no começo... É o que a gente tem que passar na gravidez.

Portanto, a ligação entre parto, dor e sofrimento é também construída socialmente e confirmada pessoalmente, criando um círculo contínuo. Referências ao medo do desconhecido foram também relatadas por algumas participantes, como aponta Cecília (caso 8):

... eu estava bastante tensa... Eu estava com medo, um pouco de medo, né? É, medo do desconhecido...

O medo do desconhecido pode estar relacionado a como esse processo vai ser vivido. Nesse contexto, Maldonado (1997) aponta dois fatores interligados que podem causar essa ansiedade. O primeiro é a irreversibilidade, ou seja, não há volta; uma vez que o parto inicia, é um momento que vai ser vivido de uma maneira ou de outra, não havendo controle sobre quando vai acontecer. Segundo a autora, essa falta de controle é outro fator que contribui para que a experiência do parto seja esperada com ansiedade, uma vez que implica impossibilidade de controlar quando e como vai acontecer.

O medo de não estar preparada emocionalmente foi citado como uma das sensações presentes no parto, como expõe Jane (caso 4):

- Jane: *Durante a gravidez eu sempre tive esse medo de chegar essa hora, é... não estar preparada e tudo. Então, eu fui para o hospital com a bolsa rompida já.*
- Pesquisadora: *Você disse que tinha medo de não estar preparada?*
- Jane: *É.*
- Pesquisadora: *Como assim?*
- Jane: *Psicologicamente, assim, né? Tem mães que ficam: “Ai, o neném vai nascer. Ai meu Deus! É o fim do mundo.”*

O ‘estar preparada’ psicologicamente ou emocionalmente para o parto levanta dois outros aspectos referentes a questões emocionais, que são a tarefa da separação e o nascimento do papel de mãe. O parto vai trazer o bebê para o mundo e separá-lo da mãe, cabe à mulher permitir essa separação e conceber o filho como um ser separado de si. Junto com a tarefa da separação, está a mudança de papel de filha para mãe ou o papel de mãe de um filho para mãe de dois filhos (Soifer, 1980; Maldonado 1997). A mudança de papel é construída pela vivência da dupla identificação com a própria mãe e com o feto que ainda está na barriga. Se esse processo é vivido com muita angústia e transtorno, a idéia do parto como momento de transformação pode ser ansiogênica.

O principal intuito desta categoria é ilustrar, por meio das falas das participantes, como as questões emocionais estão completamente imbricadas na experiência do parto, sendo um dos fatores determinantes na sua vivência. A atenção dada aos aspectos emocionais é um fator diferencial no atendimento, podendo significar mudanças na forma como o parto é vivido, como demonstraram as pesquisas sobre apoio emocional (Hodnett, 2001).

6.2 Núcleo Temático A: sobre o acompanhante no pré-parto

Este núcleo temático apresenta categorias que descrevem a interação entre acompanhante e parturiente, no que concerne aos cuidados que o acompanhante prestou à parturiente, durante o trabalho de parto. Dado que, dos 14 acompanhantes observados, dez eram os companheiros e maridos das parturientes, as considerações e análises são feitas ao respeito da presença do homem. Esta é uma tendência apontada por Carvalho (2001) que afirma que a presença do homem tem sido incentivada pelas instituições.

Os tipos de interação foram divididos em três categorias: presença passiva, referência emocional e apoio emocional. Para ilustrar a análise, foram utilizados os dados das observações e as falas das participantes que exemplificam esta categoria. A caracterização dessas três formas de interação tem paralelo com a pesquisa de Chapman (1991, apud Drapper, 1997), desenvolvida por meio de entrevistas com os acompanhantes, após o trabalho de parto. Nessa pesquisa três formas de interação entre acompanhante e parturiente foram levantadas: *witnesses* (observadores), comparável à categoria ‘presença passiva’; *teammates* (comparsas), comparável a categoria ‘referência emocional’; e *coaches* (treinadores), com características paralelas à categoria ‘apoio emocional’.

6.2.1 Presença passiva

Nesta categoria, a forma de interação do acompanhante com a parturiente é descrita, utilizando-se um único caso. As interações que caracterizam a presença passiva foram observadas em outros acompanhantes, porém, foi escolhido o único caso em que o acompanhante era o companheiro da parturiente e pai da criança. O nome dado ao acompanhante é Mário, companheiro de Teresa (caso cesariana 1).

Esta categoria descreve um acompanhante que não se envolve ativamente com o trabalho de parto, sendo apenas uma figura presente ao lado da parturiente. A observação do trabalho de parto de Teresa iniciou-se no período noturno e, durante esse período, Mário dormiu, enquanto Teresa gemeu a noite toda. Eventualmente, ela gritava, porém, Mário não acordava para ajudá-la. Para Soifer (1980), a sonolência na grávida funciona como sintoma do mecanismo de negação aos estímulos característicos do início da gestação. A transposição dessa compreensão para o comportamento de Mário não pode ser feita de forma direta, porém, ao observar a forma como ele interagia com a parturiente, após ser acordado pela equipe de enfermagem, pode-se relacionar seu comportamento com uma forma de fuga da sensação de ansiedade. Quando acordado, Mário apresentava dificuldades em interagir física e verbalmente com a parturiente, não conseguindo permanecer ao lado dela por muito tempo. Levantava-se e dava uma volta no corredor ou pedia para assistir aos jogos da Copa Mundial.

Comportamentos de ansiedade como os observados em Mário foram também observados em outros pais, durante o trabalho de parto. Para Videla (1997), Maldonado (1997) e Klaus e Kennell (2000), o homem está emocionalmente envolvido com o parto, vivenciando também as transformações emocionais presentes nesse momento. A iminência da

mudança de papel de filho para pai e a ansiedade de que tudo termine bem, ou seja, de que a mãe e o bebê fiquem bem, são aspectos que compõem a vivência emocional desse momento, sendo que a forma como cada homem lida com a ansiedade é pessoal e depende de sua capacidade emocional.

No caso de Mário, a orientação e o incentivo da equipe para participação foram fundamentais para que ele começasse a apoiar a parturiente. A partir de então, ele ficou ao seu lado e segurou sua mão, mas não foi observada interação verbal entre ele e a parturiente. Embora estivesse mais ativo com ela, ele oferecia apoio de forma intermitente, saindo da sala de pré-parto e retornando em seguida. O importante a ser enfatizado é que observou-se que a orientação e o estímulo da equipe de enfermagem são fundamentais para ajudar o acompanhante a interagir, proporcionando à parturiente apoio emocional e físico e podendo propiciar ao acompanhante sentir-se mais ativo e útil no trabalho de parto. Porém, a equipe deve considerar os limites de interação do acompanhante. Por mais que a equipe houvesse orientado e incentivado Mário, sua participação foi limitada, diante do que ele poderia ter feito. Nesse contexto, a participação da equipe é fundamental para apoiar a parturiente.

A falta de informação sobre a dinâmica do parto constitui uma característica presente nos acompanhantes em geral, e foi apontada como um fator que dificulta a interação com a parturiente, de acordo com as pesquisas de Chandler (1997), Julkunen e Liukkonen (1998) e Johnson (2002). Essas pesquisas demonstram que os pais entrevistados relatam a necessidade de mais informações sobre como cuidar de sua mulher e sobre como o trabalho de parto estava progredindo. A falta de informação e orientação contribui para que o pai não participe mais ativamente do trabalho de parto.

Observou-se que, no caso da maternidade do HU, que atende aos usuários do serviço público, a falta de informação é também expressa pelo desconhecimento do trabalho de parto, quanto à sua dinâmica, e em como a mulher pode sentir e expressar todo esse processo. Nesse contexto, dependendo da forma como as informações são passadas ao acompanhante, ele não tem conhecimentos prévios para processar a informação e usá-la para ajudar a parturiente.

No caso de Mário, seu desconhecimento da dinâmica fica demonstrado em perguntas como: O bebê não nasce com 9cm de dilatação? Precisa estar tudo bem para o bebê nascer? Em um outro momento, Mário pergunta ao médico se Teresa iria sentir mais dor quando chegasse aos 10cm de dilatação. No momento dessa pergunta, a parturiente expressava sensação de dores constantes por meio de gemidos, gritos e até choro. A angústia e

ansiedade de Mário eram visíveis. Para Soifer (1980), a ansiedade e a experiência da dor provoca no companheiro vivências ansiogênicas que levam à sensação de angústia.

Para Lef (1997), o homem, ao acompanhar o trabalho de parto pode experimentar a sensação de impotência diante da dor. Esse apontamento da autora coaduna-se com os resultados das pesquisas de Julkunen e Liukkonen (1998) e Johnson (2002), nas quais os homens relatam que a sensação de impotência diante da dor de sua mulher foi um dos momentos mais difíceis do acompanhamento.

Videla (1997) aponta que, culturalmente, ao homem não é permitida a expressão de sentimentos, restando-lhe somente a possibilidade do silêncio. Dessa forma, não há espaço para as manifestações do homem, nesse momento, seja por uma negação cultural da expressão dos sentimentos, seja porque toda a atenção está voltada para a mulher. No caso de Mário, comportamentos esquivos e fuga caracterizaram a forma como ele lidava com essas situações. Em outros acompanhantes, percebeu-se o silêncio como principal forma de lidar com essas sensações.

A partir desse contexto, pode-se compreender que a presença passiva do acompanhante pode estar relacionada aos aspectos emocionais provocados pela situação de parto, pela dificuldade em lidar com essas sensações, pela impossibilidade de se expressar, nesse momento, pelo desconhecimento do trabalho de parto e pela falta de informações.

6.2.2 Referência emocional

Esta categoria descreve acompanhantes com maior disponibilidade para apoiar a parturiente, porém, que precisam de orientação sobre o que pode ser feito para ajudá-la, durante o trabalho de parto. Carinho, atenção e palavras de encorajamento são parte do repertório de atitudes espontâneas. A exemplo disso, tem-se o companheiro de Rosângela (caso 2), que era carinhoso e atencioso, porém, não tinha conhecimento do que poderia fazer para ajudá-la e mostrava-se ansioso diante do trabalho de parto. Nesse contexto, a orientação da equipe é fundamental para capacitar o acompanhante a oferecer apoio físico e emocional.

Entretanto, vale enfatizar que o acompanhamento da equipe de enfermagem precisa ser constante e ela deve oferecer atenção à parturiente e incentivo e orientação ao acompanhante, pois a oscilação no papel de cuidador pôde ser observada, sendo que os acompanhantes estavam, em alguns momentos, mais ativos e, em outros momentos, mais passivos. A exemplo disso, tem-se o marido de Sofia (caso 9). Observou-se que, mesmo

orientado, ele demonstrava dificuldade em realizar essas tarefas; por exemplo: fazia um pouco de massagem e logo parava.

Outro aspecto a ser considerado é a dificuldade dos acompanhantes em lidar com os momentos intensos, próximos ao período de expulsão. O marido de Clara (caso 10) e de Sofia (caso 9) apresentaram-se impactados diante das dores de suas companheiras, assumindo, assim, uma atitude mais passiva.

Nesse contexto, o que se pretende evidenciar é que os acompanhantes que possuem essas características sentem, também, medo e ansiedade que dificultam sua interação com a parturiente, nesse momento. A caracterização deste tipo de acompanhamento vem coadunar com os resultados das pesquisas de Julkunem e Liukkonen (1997) e Johnson (2002) no que concerne à ansiedade e dificuldade em estar presente neste momento, embora haja o desejo de participar. Esta caracterização também vai de encontro com os apontamento de Lef (1997) e Videla (1997), quando estas autoras apontam que o homem sente-se incapaz e impotente diante da dor da mulher.

O aspecto mais importante a ser enfatizado, entretanto, é que embora os acompanhantes (companheiros da parturiente) apresentem dificuldades em estar junto com a parturiente e ajudá-la neste momento, há uma intenção ou desejo em fazê-lo, o que funciona como base para o oferecimento do que chamou-se de apoio emocional.

6.2.3 Apoio emocional

Os acompanhantes que fazem parte desta categoria se caracterizam pela habilidade de acompanhar a parturiente, continuamente, oferecendo-lhe segurança e conforto de forma autônoma e espontânea. No que concerne às questões emocionais, os acompanhantes são carinhosos e estabelecem uma interação verbal com a parturiente, baseada em palavras de encorajamento, elogios e referem-se à chegada do bebê como uma forma de incentivar a mãe. O depoimento de Valéria (caso 1) demonstra como seu marido conseguiu acamá-la quando a companheira de quarto gritava muito por causa das dores:

Aquilo me desesperava, sabe? Aquilo ali. Eu dizia para ele: "Pelo amor de Deus, não deixa eles fazerem isso comigo". Ele dizia: "Calma, não é assim. Quando vê ela tá sentindo a mesma dor que tu, só que ela tá fazendo aquilo ali..." Então, às vezes, quando eu queria me exaltar. Ele dizia: "Calma, fica calma, pensa que já tá chegando, daqui a pouco tu vai ganhar ela, vai passar tudo, tu não vai nem te lembrar". Daí ele me acalmava, falava muita coisa que me acalmava.

O oferecimento de conforto e apoio físico constitui elemento fundamental nesta categoria, caracterizando a interação ativa por parte dos acompanhantes, em relação à parturiente. Foi possível observar que os acompanhantes desenvolviam as atividades físicas de forma espontânea e autônoma, como, por exemplo: acompanhar a parturiente na deambulação, ajudá-la a mudar de posição, segurar a sua mão, oferecer-lhe carinho, massagear-lhe as costas espontaneamente e acompanhar a respiração (essas duas últimas atividades não foram observadas em todos os acompanhantes desta categoria). Quando a equipe orientava sobre as diferentes técnicas e atividades, as possibilidades de ação do acompanhante eram potencializadas, possibilitando melhor desempenho, como aponta Renata (caso 5), cujo companheiro, ativo e amoroso, após ter sido orientado sobre as atividades que poderia desenvolver com ela, teve mais elementos para oferecer-lhe apoio mais efetivo, como respiração e massagem.

Ele incentivava, ele ajudava na questão da respiração, fazia massagem e até durante o parto mesmo, foi ele que me segurou...

Portanto, os acompanhantes que formam esta categoria conseguem interagir com a parturiente, proporcionando-lhe conforto físico e emocional. A orientação da equipe quanto a métodos e técnicas para promover conforto à parturiente instrumentaliza e possibilita que o acompanhante realize atividades diferentes que contribuem para o andamento do trabalho de parto.

O que se pretendeu demonstrar com essa caracterização das formas de apoio emocional por parte do acompanhante é que cada acompanhante apresenta limitações e possibilidade particulares quanto ao oferecimento de apoio. Essas características devem ser observadas pela equipe, a fim de ajudá-lo a ampliar sua capacidade de apoiar a parturiente, nesse momento.

Outra importante característica a ser apontada é que, embora as categorias referência emocional e apoio emocional compartilhem de semelhanças, há uma diferença fundamental entre as duas, baseada na intensidade e na forma de oferecer o apoio. Os acompanhantes que ofereceram apoio emocional conseguiram lidar com a situação, assumindo papel de protetor e guia da parturiente, de forma espontânea e autônoma, enquanto

os acompanhantes da categoria ‘referência emocional’ estavam abertos e desejosos de ajudar a parturiente, mas apresentavam dificuldades em fazê-lo.

6.3 Núcleo Temático B: sobre a equipe de enfermagem no pré-parto

Este núcleo temático apresenta categorias sobre as interações entre equipe de enfermagem, parturiente e seu acompanhante. Vale lembrar que os cuidados técnicos não são foco desta pesquisa, mas sim a forma como a equipe de enfermagem interage com a parturiente. Nesse sentido, foi possível observar que há uma gama de comportamentos e formas de interagir com a parturiente, desde atendimentos marcados pela técnica, sem nenhum tipo interação verbal e física, bem como ‘visitas’ à parturiente, a fim de oferecer apoio por meio de interações físicas e verbais, sem estar ligado a qualquer tipo de procedimento médico. Portanto, as características do apoio estão ligadas à disponibilidade pessoal de cada membro da equipe. Observou-se que a disponibilidade de oferecer apoio é diferente entre os períodos diurno e noturno, sendo que, no período noturno, a equipe está menos disponível.

Há características comuns a todos os atendimentos. Por exemplo, a fim de estabelecer um vínculo, a equipe de enfermagem apresenta-se à parturiente e busca chamá-la pelo nome. A comunicação é marcada por um tom amistoso e cordial, respeitando sempre a parturiente. O centro obstétrico é apresentado à parturiente, no momento de sua admissão, com o objetivo de tornar o ambiente conhecido e esclarecer as rotinas. A parturiente tem o direito de escolher a sala de parto, caso seja possível.

Essas características contribuem para um ambiente mais humanizado, colaborando para a sensação de segurança e conforto, pois a parturiente encontra um clima de respeito e cuidado.

Outra importante característica do atendimento da equipe de enfermagem é o incentivo à realização de atividades que contribuam para o desenvolvimento do trabalho de parto. Entretanto, nem todos os membros da equipe de enfermagem incentivaram as parturientes a realizarem atividades e, quando o fizeram, nem sempre abrangeram todas as possibilidades. Assim, esse incentivo vai depender da disponibilidade pessoal de incentivar a parturiente a realizar essas atividades e acompanhá-la. Outro importante fator foi a disponibilidade estrutural, quando todos os leitos estavam ocupados e havia movimentação

intensa, a possibilidade de acompanhar a parturiente ficava limitada em função da relação do número de parturientes por número membros da equipe de enfermagem.

A preparação do ambiente foi outra característica observada na atuação da equipe de enfermagem. Entretanto, mais uma vez, a preocupação em preparar o ambiente não foi observada em todos os membros da equipe, sendo que aqueles que promoviam algum conforto ambiental nem sempre utilizavam todas as possibilidades.

Os comportamentos e as interações observadas foram divididos em três categorias: atendimento de rotina; atendimento de atenção e apoio emocional. Para ilustrar a análise das observações, falas das participantes foram utilizadas, além de exemplos diretos das observações.

6.3.1 Atendimento de rotina

Esta categoria foi denominada atendimento de rotina por ser a forma de atendimento mais observada em toda a equipe de enfermagem, não só no que concerne ao grupo de 14 participantes alvo desta pesquisa, como também às cinco parturientes do grupo do estudo piloto e as 13 parturientes que não fizeram parte desta pesquisa.

As principais características desta categoria descrevem uma forma de interação marcada pela comunicação cordial entre parturiente e equipe. Entretanto, a apresentação da equipe e o uso do nome da parturiente, pelos membros da equipe de enfermagem que formam esta categoria, não foram sempre observadas. Nessas situações, a equipe interagiu diretamente com a parturiente fazendo-lhe as perguntas necessárias ou realizando os exames, e chamava-a de ‘mãezinha’.

Além da apresentação, foi possível observar uma conversa inicial sobre o sexo e o nome do bebê e se era o primeiro filho ou não. Porém, uma vez mais essa atitude não se estendeu a todos os membros da equipe. Ainda, no momento inicial da internação, a comunicação entre a equipe e parturiente/família é caracterizada pelas instruções sobre as atividades que podem ser realizadas durante o trabalho de parto.

Embora houvesse um *rapport* inicial, as interações seguintes aconteceram durante os exames ou quando a parturiente expressou muita dor. Nesses momentos, foi observado ênfase na busca de informações, por meio dos exames físicos, podendo ser acompanhada ou não de trocas verbais sobre o bem-estar da parturiente, sendo que houve membros que só realizaram exames e não interagiram verbalmente com a parturiente. Dessa forma, a assistência, nesta categoria, está embasada nas informações que o corpo fornece, um corpo-

objeto, passível de ser examinado, um corpo-máquina. Essa objetificação do corpo insere-se na compreensão do modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 1992, 1994a), no qual a relação equipe e parturiente está marcada pela informação que a técnica oferece, seja um exame manual, um exame por meio de um aparelho ou a aplicação de um procedimento. Assim, o espaço para a relação humana fica subjugado à relação tecnológica.

Essa compreensão do modelo tecnocrático abarca outra característica que é a falta de interação física. O oferecimento de carinho e de massagem não foi observado durante os exames. Portanto, foram observados exames e procedimentos em que não houve algum tipo de interação com a parturiente.

A falta de informação e orientação é outro ponto a ser comentado. Saber como está o trabalho de parto e ter acesso a informações sobre prognósticos e procedimentos é fundamental para a que a parturiente conheça seu próprio processo e tenha elementos para lidar e reconhecer o que está acontecendo com ela, nesse momento.

A falta de informação foi também observada durante os exames e procedimentos, que são realizados sem uma explicação ou permissão. Um exemplo dessa falta de comunicação foi observado com Clara (caso 10), quando lhe aplicaram ocitocina, sem explicar o que era e para que servia. Junto com isso, há falta de explicação sobre o que está acontecendo e como o processo pode se desenvolver, bem como orientação sobre as atividades que podem ser desenvolvidas para contribuir para o trabalho de parto. Cecília (caso 8) teve um trabalho de parto longo e passou por dois turnos, experimentando dois tipos de atendimento. No turno noturno, ela afirma não ter sido bem orientada:

Sabe quando tu na realidade queres que a pessoa diga: “Não... o que você fez, é assim, mas tu tens que fazer assado para poder superar e poder ter força”. Sabe o trabalho que ela fez (referindo-se à enfermeira do turno diurno) se tivesse alguém que me orientasse dessa forma eu acho que teria sido diferente...

Para Davis-Floyd (1992, 1994a), no modelo tecnocrático de assistência ao parto, a parturiente não é protagonista de seu próprio parto, ela é um elemento, dentro do processo de trabalho, marcado pela intervenção e o uso de tecnologia. Esse processo de objetificação do corpo humano faz com que o profissional da saúde aliene-se do sujeito presente e não lide com questões emergentes, como as dúvidas e necessidades de orientação. Nesse sentido, informar, explicar, orientar e acompanhar constituem tarefas diferenciadas nesse modelo de atenção.

Outro importante aspecto observado são os comentários inadequados e conversas paralelas diante da parturiente. Durante a observação de Cláudia (caso cesariana 2), a técnica em enfermagem contou uma piada para a enfermeira, enquanto a parturiente sentia muitas dores com as contrações. Em um outro exemplo, a enfermeira, após responder às dúvidas da parturiente Mariana (caso 3), começou a conversar com a médica sobre temas relacionados a trabalho; em seguida, o médico juntou-se à conversa, enquanto isso, Mariana contraía seu rosto, demonstrando muita dor, até que, num dado momento, gritou de dor. Os três profissionais voltaram-se para ela, atendendo-lhe e tentando acalmá-la. Esses dois exemplos demonstram a falta de respeito ao ambiente e à privacidade da parturiente. O parto é um momento de intensidade emocional e o ambiente tem um papel importante no seu desenvolvimento; portanto, o respeito e o cuidado com a parturiente são cruciais no oferecimento de apoio emocional.

O último aspecto a ser considerado é que não há, por parte da equipe que participa desta categoria, uma preocupação em tornar o ambiente mais agradável. Nesse aspecto, a mudança de leito, quando há necessidade, foi a única atividade observada.

6.3.2 Atendimento de atenção

O atendimento de atenção caracteriza-se por atitudes de carinho, apoio, respeito e orientação, como elementos fundamentais da relação entre equipe e parturiente. No primeiro contato, após a apresentação do centro obstétrico, os membros da equipe que fazem parte desta categoria apresentaram-se à parturiente e dirigiram-se a ela tratando-a por seu nome. Foi observado que há uma conversa inicial de praxe, quando as enfermeiras perguntam sobre o sexo e o nome do bebê. As outras interações aconteceram durante exames, realização de procedimentos (como aplicação do soro ou medicamentos) ou quando a parturiente expressou muita dor ou chamou a equipe. Portanto, o oferecimento de apoio dá-se em conjunto com os cuidados técnicos.

Foi observado que, durante os exames ou procedimentos técnicos, a equipe desenvolveu um diálogo com a parturiente, perguntando-lhe como ela está, elogiando-a e dizendo palavras de encorajamento. Se a parturiente sente muita dor, a enfermeira ou técnica em enfermagem tem uma atitude de reconhecimento e empatia, utilizando, por vezes, sua própria experiência, no intuito de acalmá-la. O depoimento de Cláudia (caso cesariana 2) aponta a prontidão e apoio emocional por parte da equipe:

... toda vez que eu dizia que eu não agüentava mais, eles (a parturiente refere-se à enfermeira e ao médico anestesista) vinham correndo me atender e tentar me acalmar.

Durante os exames e a realização de procedimentos, a equipe também interagiu, fisicamente, o que consistiu desde em segurar a mão da parturiente, fazer carinho nas pernas até em massagem nas costas. Nem todos os membros da equipe realizaram todos esses tipos de contato físico, porém, foi observado que as interações físicas sempre estavam presentes, como segurar a mão da parturiente, por exemplo.

Outro importante ponto a ser comentado é que, antes de realizar um exame ou a aplicação de um medicamento, a equipe comunica à parturiente o que está fazendo e explica o motivo da realização do procedimento. Essa atitude implica uma mudança de relação com o paciente. Se na categoria ‘atendimento de rotina’ observou-se que a equipe tende a se relacionar com um corpo-objeto que necessita ser examinado e medicado, nesta categoria, a equipe relaciona-se com um sujeito dono de seu corpo, que tem desejos, vontades e dúvidas.

Nesta categoria, inclui-se, ainda, orientação sobre as atividades que a parturiente pode desenvolver durante o trabalho de parto. A equipe explica como as atividades devem ser realizadas e incentiva a participação do acompanhante familiar, envolvendo-o de forma ativa no oferecimento de apoio à parturiente. No trabalho de parto de Teresa (caso cesariana 1), o incentivo da equipe foi fundamental para que o seu companheiro conseguisse estabelecer interação com ela. Durante o turno noturno, ele dormiu enquanto ela gemia a noite toda. No turno diurno, a enfermeira o incentivou a participar do trabalho de parto, ensinando-o a fazer massagens e motivando-o a dar atenção e carinho à parturiente.

Em termos gerais, pode-se dizer que os membros da equipe que oferecem um atendimento de atenção se relacionam com a parturiente de forma respeitosa, reconhecendo-a como sujeito do processo, informando sobre o processo e oferecendo apoio físico e emocional, quando necessário.

6.3.3 Apoio emocional

Esta categoria descreve uma forma de assistência à parturiente, marcada pelo apoio físico e emocional, durante o trabalho de parto. A relação que se estabelece com a parturiente tem o objetivo de oferecer os cuidados técnicos e humanos também, um complementando o outro. Esse tipo de assistência oferece elementos para que a parturiente consiga vivenciar o trabalho de parto de forma mais satisfatória para ela e seu acompanhante.

No momento inicial, além da apresentação dos nomes e de um diálogo sobre o bebê, a equipe busca informações sobre o parto nas palavras da parturiente, reconhecendo assim como está seu estado físico e emocional. A exemplo disso, tem-se o caso de Cecília (caso 8), em que, na mudança de turno noturno para diurno, a enfermeira perguntou-lhe como ela estava, desde quando havia sido internada e como estava o trabalho de parto, ou seja, a busca de informações vai além dos aspectos fisiológicos do trabalho de parto e das informações obtidas no prontuário. A fala da parturiente é considerada fonte de informação importante para a avaliação do desenvolvimento do trabalho de parto, bem como para o estabelecimento de como o atendimento será realizado.

A consideração da parturiente como um ser total – corpo e mente (ou pelo menos a tentativa de funcionar dessa forma) – descreve uma atitude alternativa ao modelo de atenção tecnocrático, quando a enfermeira relaciona-se com a pessoa e não apenas com dados do prontuário. O esclarecimento das dúvidas e o fornecimento de informações sobre o trabalho de parto são formas de atender à parturiente que se coadunam com a concepção de sujeito integrado, pois o colocam numa posição de protagonista, responsável pelo trabalho de parto.

Durante o trabalho de parto de Cecília (caso 8), as informações e explicações fizeram diferença para a sua compreensão sobre seu trabalho de parto, resultando em um instrumento que lhe possibilitou lidar melhor com as dores que sentia. No caso dela, a enfermeira utilizou o exemplo da fadiga muscular provocada pelo exercício para explicar o que a tensão estava fazendo ao seu corpo. Esse exemplo foi adequado, pois a parturiente era professora de educação física e compreendeu a importância de ficar relaxada.

Outro importante aspecto é que os encontros com a parturiente iam além dos necessários para a realização dos procedimentos. As ‘visitas’ extras tinham o objetivo de observar como a parturiente estava, checar se ela precisava de algo e, nesses momentos, a equipe interagia com a parturiente e o acompanhante, fazendo carinho na parturiente e dando uma dica a mais sobre o desenvolvimento de atividades. Esses encontros eram marcados por interação verbal com palavras de incentivo, encorajamento e elogios, e uma interação física caracterizada pelo toque, carinho e massagens, a fim de oferecer sensação de segurança e conforto à parturiente. Nesse contexto, a massagem realizada pelos membros desta equipe tem papel diferenciado da equipe da categoria de atendimento de atenção, cuja massagem é feita de uma forma menos comprometida, mais parecida com carinho. Os membros da equipe que formam esta categoria realizam a massagem de forma mais intencionada e vigorosa, quando necessário, pois pedem para que a parturiente assuma uma posição adequada para a sua realização, tocam a sua pele e realizam uma massagem que busca o relaxamento. Um

exemplo disso é a massagem realizada no trabalho de parto de Jane (caso 4), que se recusou a tomar analgesia, mesmo com um trabalho de parto longo e dolorido. Uma massagem vigorosa, realizada num ambiente mais tranquilo e escurecido, favoreceu o relaxamento e ela pôde suportar melhor as dores que sentia.

Além das massagens, a equipe busca incentivar a parturiente a se movimentar e as enfermeiras e as técnicas demonstram como as atividades devem ser feitas e acompanham a parturiente no início delas. Para a continuação das atividades, os membros da equipe contam com a participação dos acompanhantes, orientando-os sobre como devem proceder; como aponta a fala de Renata (caso 5):

A Márcia tem mais experiência na questão de parto, então ela falava para ele no que ele podia me ajudar. Então, ela passava a experiência dela para ele poder me ajudar; foi o conjunto realmente, foi todo mundo...

Esse tipo de orientação ajuda o acompanhante a estar num lugar mais participativo, contribuindo de forma mais ativa para o desenvolvimento do trabalho de parto.

Um último ponto a ser comentado é quanto à preparação do ambiente. Nesta categoria, os membros da equipe de enfermagem procuram preparar o ambiente de alguma forma: apagando a luz, escurecendo-o, pondo música, utilizando cromoterapia e aromaterapia (esses dois últimos exemplos não foram observados em todos os membros dessa equipe). Essa preparação tem o objetivo de propiciar um ambiente mais confortável e relaxante para a parturiente. O depoimento de Renata (caso 5) demonstra que o ambiente tem um impacto positivo para a vivência do trabalho de parto.

Renata: *...E realmente, a questão da... a bola que ela botou, aquela bola que ela usa, a música, tudo o que ela fez, todo o preparo do ambiente, aquilo ali tudo dá uma ajuda danada, assim, dá uma força.*

Pesquisadora: *Como é essa ajuda?*

Renata: *Assim, não é bem a questão do humor. Melhora o humor, melhora o... acalma, né?... tranquiliza e aí quando tranquiliza a gente não sente tanta a dor e não... não sei, dá uma força maior assim.*

Jane (caso 4) sentiu-se desconfortável com a preparação do ambiente, no início, porém, depois, afirmou que o ambiente a deixou confiante.

É sério, na verdade, eu não queria que chegasse a hora mesmo, não queria mesmo. Ela foi ali, fez massagem em mim, conversou comigo, me acalmou, colocou musiquinha. No início a gente fica: "Ai meu Deus, que saco isso, não vou agüentar isso tudo", né? Mas depois ela deixou o ambiente bem..., me deixou bem confiante, me deixou bem tranqüila.

A denominação de apoio emocional para esta categoria deu-se no intuito de estabelecer um paralelo entre o conceito de apoio emocional e físico contínuo, desenvolvido pelas pesquisas (ver seção 2.4), e o apoio oferecido pela equipe de enfermagem. A principal diferença está no fato de o apoio oferecido pela equipe de enfermagem ser intermitente e dar-se em conjunto com o acompanhante. Porém, as semelhanças referem-se a uma atenção que respeita a parturiente como sujeito de seu parto, que precisa ter suas necessidades físicas e emocionais atendidas, e à participação de seu acompanhante.

A caracterização das três categorias de atendimento demonstrou que há, por parte da equipe de saúde em geral da Maternidade, e mais especificamente da equipe de enfermagem, uma preocupação em garantir a parturiente alguns aspectos básicos da proposta do atendimento humanizado. O direito ao acompanhante, o direito a escolha da forma de parir, o conhecimento do Centro Obstétrico, o oferecimento de um espaço e instrumentos para que a parturiente se movimente e exercite, fazem parte de uma rotina que garante e propicia a parturiente e ao acompanhante usufruir os direitos conquistados ao longo deste processo de transformação. Entretanto, como aponta Diniz (2001), o estabelecimento de rotinas e normas não são suficientes na construção de um atendimento que se propõe humanizado.

A caracterização destas formas de atendimento por parte de equipe de enfermagem mostra como as relações e interações são estabelecidas e desenvolvidas durante no pré-parto, portanto, no âmbito das relações, foi possível observar que não são as rotinas e normas que caracterizam a interação entre equipe de enfermagem e parturiente, mas uma disponibilidade particular marcada pela possibilidade emocional de cada uma, bem como as crenças e valores que permeiam o trabalho. Neste contexto, as relações entre equipe e parturiente variam desde interações marcadas pelos traços do modelo tecnocrático (Davis Floyd, 1992) até interações que se aproximam do conceito do apoio emocional (Klaus e Kennel 1993).

6.4 Núcleo Temático C: período expulsivo

Este núcleo temático apresenta categorias sobre as interações da equipe e do acompanhante com a parturiente, no momento do parto. Na literatura acessada para a realização desta pesquisa, o período expulsivo foi comentado somente por Soifer (1980), quando trata das questões emocionais da parturiente envolvidas nesse momento. Entretanto, a observação demonstrou que a forma de interação entre acompanhante e parturiente apresenta características distintas no pré-parto e no momento em que a parturiente entra na sala de parto. Quanto à equipe, a interação com a parturiente, no momento do parto, foi também caracterizada de forma diferente do que no pré-parto. A partir desse contexto, pretende-se apresentar as principais características dessas interações, a fim de conhecê-las.

6.4.1 Sobre o acompanhante no parto

No momento em que a mulher é levada para a sala de parto e assume a posição de parto, observou-se uma mudança no padrão de interação entre acompanhante e parturiente: maridos que eram ativos durante o trabalho de parto passaram a ser passivos na sala de parto, não interagindo com as parturientes. Os acompanhantes de Rosângela (caso 2), Mariana (caso 3) e Sofia (caso 9) que se relacionavam de forma ativa, afetuosa e cuidadosa, durante o pré-parto, tiveram uma atitude passiva e, até mesmo, ausente durante o trabalho parto, não oferecendo, portanto, apoio a elas durante o nascimento do bebê.

Outros acompanhantes, casos 7 e 10, que interagiam com menor frequência e intensidade, permaneceram nesse mesmo padrão de interação, no momento do parto, isto é, assumiram uma posição passiva ao lado da parturiente e até ausente; como no caso 10, em que o acompanhante ficou completamente afastado de sua companheira. Nos casos relatados até o momento, a atuação da equipe de enfermagem, orientando a participação dos acompanhantes, foi decisiva.

Entretanto, os acompanhantes de Renata (caso 5) e Cecília (caso 8) continuaram a ser interativos, cuidadosos, carinhosos, oferecendo a elas apoio físico e emocional durante o parto. Pode-se levantar a hipótese de que a boa interação entre a equipe de enfermagem e o casal tenha contribuído para que o acompanhante continuasse ativo, nesse momento. Essa mesma hipótese aplicar-se-ia ao caso do acompanhante de Marcela (caso 6), que havia estabelecido um bom vínculo com a equipe. Entretanto, nesse caso, observou-se um

acompanhante mais ativo na sala de parto do que durante o trabalho de parto (talvez porque sua mulher havia recebido analgesia e não necessitava de apoio direto). Embora não tenha estabelecido nenhum vínculo especial com a equipe ou tenha recebido orientações específicas a respeito do parto, o marido de Valéria (caso 1) permaneceu ativo, oferecendo apoio emocional e físico à sua companheira na sala de parto.

6.4.2 Equipe interativa

Nesta categoria, a equipe interage com a parturiente, principalmente, por meio das orientações e explicações sobre como ela deve se posicionar e o que deve fazer no momento do parto. O trabalho de parto é dirigido, indicando quando e como ela deve fazer: “Não grite, segure o grito e empurre”. Palavras de incentivo como: “Isso! Muito bem, continue assim” constituem uma das fontes principais de interação verbal com a parturiente, ajudando-a a reconhecer o momento de fazer força e o momento de descansar. Foi observado que, ao dirigir-se à parturiente, a equipe de enfermagem utilizou um tom de voz suave e tranquilo. Eventuais toques e carinhos com a parturiente foram observados.

A preparação do ambiente caracterizou-se pela diminuição da claridade – apagar a luz do teto, utilizar o foco de luz –, bem como pela preocupação em isolar a sala – fechar as cortinas e as portas.

Há preocupação em promover a participação do acompanhante: incentivando-o a ficar ao lado da parturiente, dialogando com ele após o parto e oferecendo-lhe o corte do cordão umbilical.

Após o parto, a equipe de enfermagem mostra à parturiente a placenta do bebê e explica como ela funcionou no útero (entretanto, essa atitude não foi observada em todos os membros da equipe). Há também preocupação em explicar os procedimentos que estão sendo realizados naquele momento, como a episiorrafia, por exemplo. Outra importante característica do atendimento da equipe de enfermagem é incentivar o contato mãe-bebê e a mamada.

6.4.3 Apoio emocional

O atendimento de apoio emocional abrange as características da categoria anterior, portanto, serão apresentadas somente as diferenças entre uma e outra. As enfermeiras e técnicas que proporcionam atendimento de apoio emocional diferenciam-se, principalmente, pela atenção às necessidades da parturiente naquele momento. Assim, as interações verbais estendem-se, também, a responder às perguntas e comentários da parturiente. Outra característica é a explicação sobre os processos fisiológicos do parto, informando a parturiente sobre o que está acontecendo. Vale enfatizar que essas explicações não foram dadas a todas as parturientes que receberam este tipo de atendimento, isto é, o membro da equipe avalia se essas informações podem trazer benefícios ou não, naquele momento.

A orientação sobre como a parturiente deve fazer força ou como ela deve se portar não é regra neste tipo de atendimento. Nos partos da Jane (caso 4) e da Renata (caso 5) a enfermeira que conduziu o parto realizou as orientações básicas sobre o posicionamento da parturiente, porém evitou orientar sobre o tipo de respiração e procurou respeitar as manifestações da mulher neste momento. Dessa forma, foi observada a preocupação em promover a autonomia e auto-percepção da mulher no momento do parto.

Dois outros aspectos diferenciam o atendimento interativo: (1) a preparação do ambiente, que inclui música, e (2) interações físicas e trocas de carinho entre equipe e parturiente, como fazer carinho na cabeça ou na perna da parturiente.

6.5 Núcleo Temático D: percepção da parturiente sobre o acompanhante

Neste núcleo temático, apresentam-se as categorias derivadas dos dados das entrevistas. As percepções da parturiente quanto à avaliação sobre o apoio do acompanhante, bem como o relato de como eles a ajudaram formam as categorias a seguir.

6. 5.1 Avaliação sobre o acompanhante

A presença do acompanhante foi considerada positiva por todas participantes – exceto uma participante entrevistada que considerou a presença de um acompanhante familiar dispensável. Para elas, era importante ter alguém conhecido que lhes oferecesse cuidado e

atenção. Esta categoria está baseada nas respostas à pergunta: Como foi ter o acompanhante ao seu lado? Embora a maioria dos acompanhantes tenha sido maridos e namorados, as respostas não diferem muito, em termos de conteúdo, quando comparadas às referentes a outros acompanhantes. Somente os comentários da parturiente Clara (caso) 10 e da parturiente Carla (caso cesariana 3) apontam a importância específica do acompanhante de sua escolha.

Eu não conseguia imaginar o meu parto sem ele. Desde o começo, eu contei com a presença dele. Ele foi em tudo, ele estava bem presente em tudo... então eu não imaginava o parto sem ele. (Clara)

O comentário de Clara aborda, especificamente, a presença do marido e sua importância, no acompanhamento, para o fechamento do processo de gestação.

O caso de Carla (cesariana 3) faz menção ao acompanhamento de uma doula que trouxe como acompanhante e que esteve com ela durante todo o trabalho de parto.

Foi a melhor coisa que poderia me acontecer e acho também que todas as gestantes deveriam ter uma!

Os comentários a seguir ilustram como as parturientes percebem a presença do acompanhante, especialmente, do companheiro, como algo que traz conforto e segurança. O último comentário é sobre uma acompanhante que é a mãe da parturiente.

Foi ótimo, ele foi muito carinhoso, me deu muita atenção, não tenho nada para reclamar dele, foi ótimo. Rosângela (caso 2)

Ah! (suspiro) Maravilhoso. Foi súper calmo, súper compreensivo, xinguei ele um monte e ele sempre esteve do lado. É bom, que você já vai confiante, tem alguém ali em quem eu possa confiar, né? Mariana (caso 3)

Foi ótimo! Meu marido é um amor, foi muito bom! Marcela (caso 6)

Eu acho que a pessoa se sente bem mais segura do que quando vem sozinha! (Sofia caso 9)

Para mim, foi muito importante!... foi... não sei o que seria se ela não estivesse do meu lado. Mesmo daquele jeito que eu pedia para ela não falar, não tocar, para mim, só o fato de ela me dar a mão para eu apertar, foi muito importante! (Claudia cesariana 2)

Klaus e Kennell (2000) reconhecem a importância da presença do pai para a mulher, como uma figura que oferece conforto e carinho, compartilhando com ela a experiência íntima do nascimento do filho. A pesquisa de Carvalho (2001) demonstra, a partir de entrevistas com 11 mulheres, que a presença do pai traz satisfação e segurança à vivência do trabalho de parto. Carvalho aponta, ainda, a crença de que o pai vai dar apoio emocional para que ela atravesse esse momento.

Somente a parturiente Áurea (caso 7) disse que a presença de sua mãe era dispensável, como ela coloca:

Eu queria ficar sozinha ... como ela insistiu muito... então, para mim, não fazia muita diferença se eu estivesse com alguém ali ou se eu estivesse sozinha.

O trabalho de parto de Áurea teve características particulares, pois foi a única parturiente que, de fato, não se relacionou com ninguém, durante o trabalho de parto. Ela estava absolutamente concentrada e em contato consigo mesma.

6.5.2 Ações do acompanhante

Esta categoria descreve a percepção das parturientes sobre como os acompanhantes as ajudaram durante o trabalho de parto. Os depoimentos evidenciam que o apoio dos acompanhantes está relacionado, principalmente, à presença e ao fato de o acompanhante estar compartilhando esse momento. Esse compartilhar é marcado por palavras de incentivo, trocas de carinho e amor entre parturiente e acompanhante.

Mariana: *Só o fato de ele estar ali, dentro da sala, vendo, acompanhando, tendo a mesma emoção....*

Pesquisadora: Mas teve algo a mais que ele fez, além da presença, que você acha que pôde ajudá-la?

Mariana: Ele estando do meu lado, falando “Calma e vai, faz com a maior...” toda a hora, toda a hora. Foi o primeiro a pegar o nenê, né? ... Ele tá super pai.

O apoio do marido de Mariana foi considerado apoio emocional. Ele permaneceu o tempo todo ao seu lado, atento às suas necessidades, protetor e a auxiliava durante as

caminhadas e o banho. Entretanto, o depoimento de Mariana evidencia, principalmente, a presença e o compartilhar da emoção da chegada do bebê.

A referência à chegada do bebê é uma forma de apoio considerada pelas parturientes. Quando o acompanhante refere-se ao bebê, ele está direcionando a atenção ao processo de parto, isto é, as sensações físicas e emocionais são atualizadas na chegada do filho, aliviando a vivência da dor como um processo interno carregado de medos e fantasias (Soifer, 1980). A resposta de Cecília (caso 8) demonstra como o marido, acompanhante atencioso e carinhoso, a ajudava lembrando a chegada do bebê.

Ele me ajudou muito, o tempo todo dizendo: “Força pela nossa filha, a gente sonhou, a gente ama tanto ela, e a gente conversou bastante com ela, força” e rezava e, nossa, demais, assim: “A gente se ama, a gente vai conseguir, tu vai conseguir por ela, pela gente.” Ah! maravilhoso.

O depoimento de Jane (caso 4) reafirma a importância do apoio do acompanhante, ao falar sobre a irmã que a acompanhou na segunda parte do trabalho de parto – em torno de sete horas de trabalho de parto. Sua mãe a havia acompanhando durante a noite:

Ela me acalmou, conversou, assim o que ela fez comigo, ela me acalmou bastante. Ela me deixou segura, bem mais segura do que a minha mãe, do que outra pessoa. Para mim, se eu tivesse com o pai do nenê seria terrível. Eu ficaria, em vez de uma noite e metade de um dia, três, quatro dias aí, gritando, fazendo escândalos; porque ele me paparicava, me enchia de mimos, então para mim seria bem mais complicado. Qualquer dorzinha já era o fim do mundo.

A fala de Jane também evidencia o impacto do tipo de apoio emocional sobre o desenvolvimento do trabalho de parto. O estado emocional de quem acompanha a parturiente a influencia, diretamente, podendo contribuir no processo ou prejudicá-lo. Jane aponta, ainda, que a relação que a parturiente tem com o acompanhante é um fator de influência no trabalho de parto.

As falas das parturientes levantam, também, os limites dos acompanhantes. Helena (caso cesariana 4), por exemplo, reconhece o apoio do marido, mas aponta seus limites:

... (dava) conselho, né? E, assim, dizia para mim ficar calma, foi mais, assim mais conselho, né? Ele queria ajudar mas também não sabia

como... e me levava num lugar, no outro, assim sempre me dava apoio...

O companheiro de Helena era carinhoso, atencioso e a acompanhava na deambulação. Ele foi seguro, sendo cuidadoso com ela ao longo das 12 horas de observação, além de nas horas de trabalho de parto não observadas, que, de acordo com as informações da parturiente, somam 23 horas. O comentário de Helena coaduna-se com os resultados das pesquisas de Johnson (2002), Chandler (1997) e Vehviläinen-Julkunen (1998), que, a partir da fala dos pais, apontam a falta de informação e orientação por parte da equipe sobre como ajudar a parturiente.

Dos 17 elementos que formam a categoria, somente três referem-se ao apoio de atividades físicas: massagem, acompanhamento e incentivo para realizar a respiração profunda, acompanhamento nas atividades, principalmente, na deambulação e na respiração, como mostra a fala de Marcela (caso 6):

Pesquisadora: *Antes da analgesia ele te ajudou?*

Marcela *Ahã (positivo), me ajudou.*

Pesquisadora *Como ele ajudou?*

Marcela *... disse para eu respirar fundo... ah! Falava um monte de coisa, para mim ter calma... me relaxando sempre, me deixando calma.*

Foi possível observar, portanto, que o apoio oferecido pelos acompanhantes circunscreve-se, principalmente, ao apoio emocional, como demonstram as pesquisas de Carvalho (2001) e Souza e Melo (2001). A presença do acompanhante tem um impacto profundo sobre a parturiente, o que fica evidenciado quando Cláudia (caso cesariana 1) afirma que seu companheiro a ajudou muito durante o trabalho de parto; porém, foi observado que o acompanhante de Cláudia tinha dificuldades de oferecer-lhe apoio (o caso foi descrito na seção 7.2.1). Pretendeu-se demonstrar que, em conjunto com o apoio emocional, por meio de palavras de incentivo e encorajamento, as atividades podem ser desenvolvidas, contribuindo para o desenvolvimento do parto.

6.6 Núcleo Temático E: percepções da parturiente sobre a equipe

Este núcleo temático apresenta categorias que demonstram a percepção das parturientes sobre o atendimento da equipe de enfermagem.

6.6.1 Percepção geral sobre o atendimento

Todas as parturientes avaliaram o atendimento do hospital de forma positiva, de modo geral. Essa avaliação positiva cobre diferentes tipos de resposta, em termos de conteúdo e intensidade. As respostas são frases como: “Gostei” (Cláudia, caso cesariana 2) até “O atendimento foi ótimo” (Rosângela, caso 2) ou “Melhor do que eu esperava” (Clara, caso 3).

Entre os aspectos positivos levantados pelas participantes da pesquisa está a sensação de segurança. Ser uma maternidade bem equipada, que oferece bom atendimento técnico e qualidade de serviço foi parte dos aspectos positivos citados por Valéria (caso 1). O pré-natal dessa parturiente foi realizado na maternidade do HU, devido a problemas relacionados à toxoplasmose, durante a gravidez; assim, sua avaliação estende-se também ao atendimento pré-natal.

Olha! Mesmo quando eu vi que não tinha mais perigo nenhum, no sentido da doença, até muita gente me dizia: "Ah! Não vai mais para lá, gasta quase R\$7,00 de passagem, ida e volta, só para ti. Vamos supor que tu e ele é não sei quanto, não sei quê...". Eu disse: "Olha, mas, é muito mais seguro, lá eles fazem todos os exames, fazem na hora, se der, se não, já marcam. Se tu precisas com urgência, eles fazem com certa urgência, te examinam total. Não é como no postinho, que é uma coisa que não, não... No atendimento, eles olham para ti, medem alguma coisinha ali e coisa, mas é como se passasse em branco, é só para tu saberes teu peso, tua pressão e eles dizerem: "Ah!, Tá tudo bem!". Sabe?

Os cuidados técnicos foram ainda apontados por Helena (caso cesariana 4), como um aspecto positivo em relação ao atendimento; sendo que, em seu caso, há comparação com o atendimento no interior do estado

Bem... bem bom, bem legal, ... são bem atenciosos, né? Estavam toda a hora ali, medindo, olhando, assim, bem diferente lá da minha cidade natal, pelo que falaram ...

A paciência e a habilidade de deixar a parturiente calma são virtudes declaradas pelas participantes da pesquisa, como, por exemplo, Marcela (caso 6):

Marcela: *Eu achei tudo bem, tudo gente boa, atende bem a gente, sabe controlar a gente. Ah! Eu gostei muito. ... não tenho nada que falar.*

Pesquisadora *Sabe controlar, como é que é isso, sabe controlar a gente?*

Marcela *É assim: não deixar a gente nervosa...*

E também Mariana (caso 3):

O pessoal é muito paciente. Eu não me agüentaria, não me agüentaria mesmo... as estudantes (estagiárias de enfermagem) também, no outro dia vieram me ver, me ajudaram, acompanharam.

Nos dois casos, o atendimento foi marcado por uma atenção especial da equipe toda, não somente do corpo de enfermagem. No trabalho de parto de Marcela (caso 6), havia um clima de comunhão e brincadeira entre equipe e casal parturiente, que não foi observado outra vez. O companheiro era extrovertido e comunicava-se com fluidez com a equipe, gerando uma relação mais próxima entre eles. Já no caso de Mariana (caso 3), a parturiente teve acesso ao trabalho de estágio das estudantes de enfermagem, que a acompanharam durante o trabalho de parto, oferecendo apoio emocional e físico intermitente.

O acompanhamento foi reafirmado como aspecto positivo por Sofia (caso 9), em relação à maternidade. Porém, seu depoimento não aponta qual é o tipo de cuidado a que ela se refere, técnico ou emocional. Durante a observação, o membro da equipe que mais interagiu com a parturiente foi a médica de plantão, que a orientava e lhe explicava o processo. O fato de o pai poder acompanhar o trabalho de parto foi considerado, por Sofia, um fator positivo quanto ao atendimento.

Eu gostei, foi assim... de toda a hora tu teres uma pessoa ali, sabe? Sempre que tu precisas, tem alguém te acompanhando, ali... não fica sozinha. Esse negócio de pai assistir, de pai ficar junto...

6.6.2 Apoio emocional

Na categoria 6.3.3, as falas das participantes ilustraram as características do apoio emocional; nesta seção, a percepção e o significado do apoio emocional para a parturiente serão apresentados, a fim de demonstrar o impacto que o apoio emocional tem na experiência de parto para essas mulheres.

As parturientes consideraram o apoio emocional positivo e uma contribuição significativa para o desenvolvimento do trabalho de parto. Notou-se que a criação de um vínculo entre os membros da enfermagem e a parturiente foi fundamental para a vivência do parto, na percepção da parturiente:

Hum, Hum (positivo)! É! Então, mais a força do pessoal, porque se não fosse a Márcia e a Ana o tempo todo... Você viu que eu berrava o nome da Márcia o tempo todo, né? "Não vou conseguir, Márcia". Renata (caso 5)

Ah! Com certeza... eu estava falando para ela depois que ele nasceu que, se não fosse ela, eu não tinha conseguido, porque assim, ela passa uma calma, uma tranquilidade, uma energia, uma coisa, não sei, completamente diferente. Acho que, realmente, ela que passa a calma, ela dá o incentivo para força para tudo, né? É bastante... Realmente, eu falei para ela, se não fosse ela eu acho que eu não tinha conseguido, ela tranquiliza bastante. Renata (caso 5)

O depoimento de Jane (caso 4) reafirma a contribuição que o apoio emocional pode proporcionar ao desenvolvimento do trabalho de parto e revela surpresa e desconhecimento quanto ao trabalho que a equipe de enfermagem pode desenvolver com a parturiente.

Pesquisadora *Como foi ter recebido a ajuda da enfermeira?*

Jane: *Eu não esperava uma enfermeira ajudar as pessoas assim como ela ajuda. Sabe? O trabalho que ela faz é muito interessante, é muito bom.*

Pesquisadora *Você acha que te ajudou ?*

Jane: *Ajudou muito.*

Pesquisadora *Você pode me dizer como?*

Jane *No sentido de me deixar mais tranquila, mais confiante.*

A observação demonstrou que Jane desenvolveu um vínculo com a equipe que lhe atendeu durante o trabalho de parto e no período expulsivo, tanto que ela chamava a enfermeira de ‘amiguinha’ e sentiu-se confortável com a equipe que lhe atendeu.

É, ela (enfermeira) e elas (estagiárias de enfermagem), porque as meninas também estavam lá. Então, para mim, foi ótimo, porque se chega ali e não é ela, é outra pessoa, eu já ia ficar mais assustada, né? Não ia saber como agir. Com ela eu já sabia como agir, porque ela estava comigo desde manhã, ela estava me ajudando, me recepcionando.

A importância da orientação sobre o que a parturiente pode e deve fazer foi apontada por Cecília (caso 8):

o que Márcia fez, ela disse: “É assim mas tu tens que fazer assado para poder superar e para poder ter força”.

O caso de Cecília, que já foi apresentado na seção 6.3.3, demonstra que orientação e apoio emocional contribuem para a superação das dificuldades. A observação do trabalho de parto de Cecília mostra que, após o acompanhamento da enfermeira Márcia, ela ficou mais tranqüila e aumentou a sua capacidade de lidar com o trabalho de parto. No depoimento a seguir, Cecília confirma como o apoio de Márcia foi um diferencial na vivência do trabalho de parto:

Maravilhosa (falando sobre a enfermeira), nossa! eu, eu consegui superar, acho que consegui resistir, assim, de uma forma melhor, vamos dizer, graças à Márcia... porque ela me ajudou muito, muito mesmo... Me deu muita força.

O depoimento de Renata (caso 5), já citado anteriormente, aponta ainda para o reconhecimento de um aspecto relevante do apoio emocional, que é o trabalho em conjunto com o acompanhante:

Foi ele (o marido) junto, foi a Márcia e a Ana (técnica), que estava passando o pano, eu estava com muito calor e ela passava o pano gelado no meu rosto, ele (o marido) me assoprava para passar o calor e também... foi tudo, foi o conjunto.

Em outra parte da entrevista, Renata reafirma que o trabalho em conjunto do marido, da enfermeira, da técnica, do obstetra e do anestesista contribuiu para o desenvolvimento do trabalho de parto.

Então, foi o conjunto realmente, foi todo mundo, foi tanto a Márcia, o Adriano (obstetra), o Bernardo (anestesista), a Ana também, que ficou passando o pano e botou o ventilador e também dava uma força, foi todo o conjunto, todo mundo que estava ali foi uma força a mais...

No caso de Renata, foi possível observar um trabalho coordenado entre equipe de saúde e marido, num clima amistoso.

6.6.3 Atendimento inadequado

Esta categoria refere-se a atitudes e interações que as parturientes julgaram inadequadas por parte da equipe. As percepções apontadas pelas participantes da pesquisa coadunam-se com problemas observados na categoria ‘Atendimento de rotina’.

Entre os aspectos levantados, está a falta de informação sobre o desenvolvimento do trabalho de parto. Valéria (caso 1) considera a falta de informação um aspecto negativo da maternidade, por não se sentir atendida e ter de exigir para saber como estava seu trabalho de parto.

Eles só foram me examinar, novamente, porque nós pedimos, exigimos, enchemos os saco deles, entre aspas, quase 01h00 da tarde. Daí, ela disse: “Não, tá tudo bem, tu tá com quatro centímetros e tal”. Mas depois, não vieram mais me examinar e eu sentia as contrações muito fortes e seguidas e eu sentia que ela empurrava a minha barriga como se fosse eu que tivesse fazendo força para ela nascer, era ela. E eu dizia assim, para a enfermeira: “Olha, eu sei que eu não posso dizer assim com certeza” Eu dizia para ela. “Mas, eu sinto que minha filha quer, né? Ela tá para nascer. Ela quer nascer. Eu tenho medo de ganhar ela aqui”. Então ela disse: “Não, então faz assim, mas quantos centímetros tu estás de dilatação?”. Eu disse: “Olha, minha filha, são 05h30 da tarde, a última vez que viram não era nem 01h00 da tarde e estavam 4 cm”. ... Daí ela disse: “Não, então tu fazes assim, deita que eu vou chamar alguém para te examinar”.

Valéria era uma parturiente com bolsa rota, portanto, o exame rotineiro de toque é mais espaçado do que o exame regularmente realizado em outras parturiente, só que ela não tinha essa informação, o que tornou esse fato fonte de preocupação e ansiedade.

Os comentários inadequados e julgamento sobre o que a parturiente sente foram aspectos apontados por Cláudia (caso cesariana 2), ao comentar a atenção da equipe:

... teve uma lá que eu consegui apagar o nome dela (membro da equipe de enfermagem), a minha mãe sabe... que me stressou bastante porque falava assim: “Oh! Mas olha a força que ela tá fazendo, como é que ela vai ter filho assim?”... Daí eu falei para mãe: “Pelo amor de Deus me manda tirar essa mulher... eu não tô conseguindo por causa dela agora...”.

Toda a hora ela fazia isso: “Ah! Mas quer ter filho?”... Eu sei a força que eu estava fazendo... daí teve uma hora que eu gritei, daí ela falou: “Ah, isso sim que é força.”

Essa fala demonstra como um comentário inadequado pode causar desconforto, podendo refletir no desenvolvimento do trabalho de parto. Vale lembrar que a parturiente tem de lidar com expectativas, ansiedades, medos e fantasias, nesse momento, e conversas paralelas e comentários inoportunos refletem, diretamente, nessa dinâmica.

A falta de delicadeza e cuidado no momento dos procedimentos, como realização de exames e aplicação de medicamentos, foi relatado por Helena (cesariana 4), que conta como um estudante de medicina teve dificuldades em encontrar o coração do bebê e continuou a procurar enquanto ela experimentava uma sensação de dor intensa.

Helena: *... uma que não achava o coração da criança na hora que eu estava sentindo dor, ali, não achava,... não achava, eu acho que ele tinha que ter perguntado... e ele não, ficava ali mexendo, mexendo, eu disse para ele parar e nada...*

Pesquisadora: *Você pediu para ele parar?*

Helena: *Pedi para ele parar.*

Pesquisadora: *E ele parou?*

Helena: *Daí ele não parou. Ele ficou procurando ainda, eu achava que ele tinha que ter se informado, assim, mais ... sei que a gente fica com aquela dor, ali (enquanto o médico) esfrega, esfrega e não acha nada.*

Ainda, a participante compara o comportamento desse estudante com um outro que, diante da dificuldade de encontrar o local certo para realizar o exame, pede auxílio ao médico de plantão. Embora o alvo de análise seja as interações entre equipe de enfermagem e parturiente/família, a interação com o estudante de medicina foi considerada, por dois motivos: os estudantes de medicina verificam os batimentos cardíacos e a dinâmica uterina da parturiente, o que significa uma frequência de contato tão importante quanto a da equipe de enfermagem; e a fala da participante da pesquisa confirmou uma forma de atendimento que responde ao modelo tecnocrático, no qual as sensações da parturiente estão subjugadas às informações fisiológicas e ao uso de técnicas, no momento de atenção à parturiente.

A diferença de apoio entre a equipe diurna e noturna foi apontada como um diferencial no atendimento que traz consequências na forma como a parturiente consegue lidar com o trabalho de parto.

Sabe? O trabalho que ela (enfermeira diurna) fez, se tivesse... se... se a outra equipe da madrugada tivesse me... tivesse alguém que me orientasse dessa forma eu acho que teria sido diferente. Cecília (caso 8)

As observações de três partos noturnos demonstram que, de fato, há uma disponibilidade maior à atenção emocional no turno diurno. A constatação de que há diferenças de atendimentos entre os turnos, concernentes a esse aspecto, é o único objetivo desta análise. As razões que caracterizam esse tipo de atendimento não estão sendo colocadas em discussão, neste trabalho. Porém, a falta de condição para o trabalho noturno e a dupla jornada de trabalho constituem hipóteses plausíveis que explicam a forma de atendimento.

As contra-orientações também participam da categoria ‘Atendimento inadequado’, como expõe Cecília (caso 8):

... porque uma enfermeira me ensinou a respirar de um jeito, aí veio o médico residente e me ensinou de outro. Aí eu já não sabia mais qual era o certo, eu respirava um pouquinho de um e um pouquinho de outro e... aí a Márcia veio... “Não, é assim (explicações sobre o tipo de respiração). Aí, eu comecei a respirar certo...

A fala de Cecília denota que, quanto à orientação das atividades, a equipe, em geral, trabalha com diferentes técnicas, o que pode trazer confusão para a parturiente. Além da necessidade de a equipe trabalhar de forma mais uníssona possível, é importante marcar que as técnicas servem a parturiente, perguntando a ela qual o tipo de respiração que a faz sentir-se mais confortável.

O atendimento marcado pela falta de cuidado e delicadeza foi mencionado por Carla (caso cesariana 3):

Não gostei da rispidez de uma enfermeira... É, no período da noite. Não gostei, achei que ela foi um pouco bruta, e isso não faz parte... brutalidade não faz parte de um ser humano, não é legal! Tem ser humano que usa isso, mas eu não acho muito interessante!

O comentário de Carla não traz dados específicos sobre o que seria a ‘brutalidade’ no atendimento prestado pela equipe de enfermagem. Nesse sentido, o dado somente aponta para a existência de atendimentos marcados por uma falta de cuidados e atenção. Os motivos para que o membro da equipe de enfermagem prestasse esse tipo de atendimento podem ser os mais variados, desde problemas pessoais até características do trabalho oferecido por esse membro.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa partiu da premissa que o apoio emocional e contínuo é elemento fundamental para um melhor desenvolvimento do trabalho de parto, considerando os aspectos emocionais e fisiológicos. Essa premissa está baseada na compreensão da dinâmica psíquica deste momento, vivenciado de uma forma emocionalmente intensa para a mulher e para o homem. A situação de parto é carregada de sensações de esperança, ansiedade e medos, marcada principalmente por um estado de regressão emocional. Neste contexto, o trabalho de apoio tem a função de continência e apoio para que a parturiente e seu acompanhante possam atravessar este momento da melhor forma possível. As pesquisas sobre os benefícios do apoio emocional e físico (Hodnett, 2001), validam a importância do apoio quando demonstram que apoio por meio de palavras de encorajamento, elogios, apoio físico (toques, massagens) e incentivo para a realização de atividades trazem benefícios à mulher e ao desenvolvimento do trabalho de parto. Os resultados desta pesquisa confirmam essa assertiva quando, em entrevistas, as participantes comentam a importância do apoio emocional para a experiência do parto.

A partir dessa premissa, a caracterização do apoio emocional, numa Maternidade orientada ao atendimento humanizado, constitui aspecto fundamental para conhecer como esse apoio é desenvolvido, nessa instituição, e apresentar, assim, suas possibilidades e limitações.

Os objetivos desta pesquisa foram cumpridos, uma vez que, por meio das observações, que possibilitaram conhecer as interações, e das entrevistas, foi possível caracterizar o apoio dado à parturiente na maternidade do HU, considerando sua realidade. Nesse contexto, o apoio oferecido à mulher está relacionado aos cuidados prestados pelo acompanhante e pela equipe de saúde, tendo como seu principal representante o corpo de enfermagem. A maternidade não dispõe de programa de treinamento sobre o apoio emocional e não há programa voluntário de acompanhantes emocionais ou de doulas.

Quanto à preparação do acompanhante, não houve relato espontâneo sobre a participação dos pais nos grupos de gestantes ou qualquer outro tipo de preparação; portanto,

levanta-se a hipótese de que os cuidados prestados por eles deram-se de forma intuitiva, dentro de suas capacidades.

O apoio oferecido pela equipe foi categorizado em três tipos de interação: atendimento de rotina, atendimento de atenção e apoio emocional. O primeiro está fundamentado nos cuidados técnicos estabelecidos naquela maternidade. A relação que se firma com a parturiente é cordial, respeitosa; porém, não há preocupação em oferecer apoio emocional e acompanhamento nas atividades físicas.

O ‘atendimento de atenção’ descreve interações entre equipe e parturiente, baseadas numa relação de respeito e atenção às sensações e emoções da parturiente. Há cuidado em oferecer atenção emocional, bem como carinho e massagem, quando necessário. Informar sobre o trabalho de parto e orientar sobre as atividades a ser desenvolvidas com a parturiente fazem parte do repertório de atuação da equipe de enfermagem caracterizada nesta categoria.

A categoria denominada ‘apoio emocional’ descreve uma equipe de enfermagem que trabalha com a parturiente de forma integrada, levando em conta suas emoções, sensações e o seu corpo, atuando em conjunto no trabalho de parto. Nesse sentido, o apoio envolve cuidados técnicos, apoio emocional e físico, considerando fundamental a participação do acompanhante como aliado para melhor contribuir no desenvolvimento do trabalho de parto.

A caracterização dos diferentes tipos de apoio, bem como sua divisão em categorias, foi realizada a fim de conhecer e procurar compreender como se dão as relações entre equipe de enfermagem e pacientes. Não se pretendeu dar conta de uma realidade que é, por si, muito maior. Por exemplo, observou-se membros da equipe de enfermagem que, normalmente, ofereciam um atendimento de rotina, prestando uma atenção amorosa e cuidadosa com a parturiente e sua família.

O que se quis evidenciar, neste estudo, são as tendências de interação dentro de um espaço que busca o atendimento humanizado. Portanto, discutiram-se alguns aspectos que permeiam o oferecimento do apoio pela equipe.

Primeiramente, a participação da enfermeira no oferecimento de apoio emocional encontra limitações de ordem estrutural. A relação número de membros da equipe e parturientes é 2:4, ou seja, uma enfermeira e uma técnica para quatro parturientes em trabalho de parto. Apesar disso, há aspectos que dificultam um atendimento mais personalizado. A enfermeira de plantão atua em todos os setores do centro obstétrico, dessa forma, sua atenção é dividida, o que diminui sua possibilidade de atuar junto à parturiente.

Embora não tenha sido alvo da pesquisa, a observação demonstra que há diferença na qualidade emocional do atendimento entre enfermeiras e técnicas em enfermagem. Observou-se que as enfermeiras tendem a apresentar maior disponibilidade pessoal em oferecer apoio emocional do que as técnicas. Contudo, houve técnicas que ofereceram apoio emocional e enfermeiras que só ofereceram atendimento de rotina. Esse tópico merece ser melhor investigado, a fim de conhecer as similitudes e diferenças no apoio emocional oferecido pelas técnicas e enfermeiras.

Entre os objetivos de atendimento da Maternidade está o oferecimento de assistência personalizada – que abrange aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais – à família, no processo de gravidez, parto e puerpério. Entretanto, a equipe não dispõe de treinamento específico para o atendimento de apoio emocional.

A experiência desta pesquisa demonstrou que o apoio emocional demanda capacidade de ouvir a parturiente e o acompanhante e de estar atento às necessidades de ambos, sendo importante, também, estar receptivo às expressões de amor, raiva, alegria e tristeza, entre outras, de acordo com o que a parturiente estiver vivendo, no momento. É necessário ser paciente e assumir o lugar de cuidador e protetor para guiar o casal no trabalho de parto. Ao mesmo tempo, deve-se saber a hora de se afastar, para propiciar ao par momentos de intimidade.

Estas habilidades de receptividade ao outro, paciência e continência não fazem, necessariamente parte do roteiro de formação e ou treinamento da equipe de enfermagem e da equipe de saúde como um todo. Neste sentido, a psicologia tem um papel fundamental na preparação de uma equipe cuja proposta é um atendimento de apoio emocional. É necessário conhecer e compreender as diferentes facetas da dinâmica psíquica que se instala durante este processo, na parturiente, no acompanhante e no próprio cuidador(a) deste casal, a fim de promover uma assistência em que esses fatores sejam, de fato, considerados e não apenas reconhecidos, como foi observado no atendimento da equipe de enfermagem.

A proposta de assistência que abrange o cuidado emocional não constitui tarefa fácil. Ao contrário, o desenvolvimento dessas habilidades demandam o contínuo exercício de diálogo entre os próprios membros da equipe e o reconhecimento do tipo de trabalho que é realizado. O conhecimento das crenças, valores e atitudes, acerca do nascimento, que permeiam o grupo, constitui-se instrumento fundamental para que a equipe de enfermagem (e toda a equipe de saúde como um todo) reconheça as bases sobre as quais esta assistência é oferecida, principalmente em relação ao conceito de atendimento humanizado.

O que se deseja salientar é que o oferecimento de apoio demanda mais do que a aplicação de técnicas, demanda a disposição emocional e um nível de compreensão dos processos psíquicos em curso neste momento. Nesse sentido, o ideal é que o treinamento, que já foi preconizado pelo Ministério da Saúde (2001), seja acompanhado por grupos de estudos e grupos de sensibilização para que a equipe de enfermagem, bem como toda a equipe de saúde, possa ter elementos e condições de oferecer um apoio que abranja técnicas que contribuam para o desenvolvimento do parto em conjunto com uma atitude de respeito e atenção ao par em trabalho de parto.

A segunda consideração concerne às mudanças ao modelo de atenção vigente. Não foi objetivo deste trabalho analisar as características do atendimento da maternidade, porém, vale enfatizar que, à medida que os aspectos bio-psíquico-sociais são, de fato, compreendidos e considerados em termos práticos, ocorrem mudanças na concepção do que é nascimento, bem como na dinâmica atual de atendimento. O atendimento que busca proporcionar apoio emocional reconhece a mulher como sujeito e protagonista de seu parto, suas necessidades e desejos; portanto, o lugar da tecnologia cede espaço à relação que se estabelece.

A avaliação positiva do atendimento geral por parte da parturiente merece considerações. A busca pela humanização ao atendimento aos usuários da maternidade, tem um reconhecimento direto expresso nas falas das participantes da pesquisa. Esse reconhecimento merece ser comemorado, entretanto quando confrontamos esse resultado com os dados das observações, bem como com as falas das parturientes quanto aos aspectos inadequados do atendimento, percebe-se que há diferenças entre os resultados. Este é um tema que merece investigação e uma discussão mais profunda. Pesquisar as expectativas de atendimento das gestantes e parturientes contribui para conhecer as suas representações sobre a atenção dentro da maternidade e como isto influencia na vivência de seu trabalho de parto.

Quanto ao apoio oferecido pelo acompanhante, ressaltam-se aspectos característicos. O acompanhante foco da análise foi o companheiro, o pai da criança. A partir dessa realidade, caracterizaram-se três categorias. A primeira refere-se aos acompanhantes que se mantiveram no lugar de observador, estabeleceram interações físicas e emocionais em poucas ocasiões, desconheciam o trabalho de parto e necessitavam do incentivo da equipe de enfermagem para interagir com a parturiente, (esta categoria foi denominada ‘presença passiva’). A segunda categoria descreve um companheiro desejoso de participar, que oferece apoio emocional por meio de palavras de incentivo, encorajamento e carinho; porém, desconhece o que pode fazer para ajudar, mas, ao receber orientação da equipe sobre as

técnicas e procedimentos que podem ser realizados, torna-se um acompanhante que oferece ajuda mais efetiva à parturiente (esta categoria é denominada ‘referência emocional’). A terceira categoria (‘apoio emocional’) descreve um companheiro que oferece apoio emocional e físico à parturiente, por meio de uma atitude carinhosa, e a incentiva e acompanha durante as atividades; embora esse acompanhante seja ativo e autônomo, dentro de suas possibilidades, quando orientado, aprende novas técnicas e potencializa sua habilidade de ajudar, beneficiando mais a parturiente.

Além disso, faz-se necessário enfatizar os aspectos que compõem o apoio. Em primeiro lugar, destacam-se a possibilidade e a disponibilidade que o acompanhante tem para acompanhar a parturiente. O envolvimento emocional do acompanhante, especialmente do companheiro da parturiente (discutido na seção 2.3.3), constitui um fator que merece atenção por parte da equipe. Há acompanhantes que têm dificuldades de envolver-se nos cuidados com a parturiente, assumindo lugar de espectador. Cabe à equipe perceber o tipo de apoio que a parturiente está recebendo de seu acompanhante, orientá-lo e incentivá-lo a uma maior participação, respeitando seus limites.

Nesse contexto, a orientação da equipe firma-se como importante fonte de apoio ao acompanhante, para que ele possa ampliar e desenvolver possibilidades de atuação junto à parturiente. Os resultados da pesquisa demonstraram que, quanto mais integrado o trabalho entre acompanhante e equipe, maior é o nível de sua participação. Dessa forma, ao estar atenta a como o acompanhante desenvolve os cuidados com a parturiente e ao oferecer-lhes orientações, a equipe promove um apoio emocional mais efetivo para o par, uma vez que oferece a ele a possibilidade de envolver-se mais com o trabalho de parto, participando, ativamente, desse momento.

Outro fator a ser comentado é a necessidade de esclarecer dúvidas que a parturiente e o acompanhante possam ter quanto à dinâmica de parto. A pesquisa demonstrou que há desconhecimento, por parte do acompanhante, da dinâmica do trabalho de parto. Essas dúvidas podem dar margem a fantasias, aumentando a sensação de ansiedade, tanto para a parturiente quanto para o acompanhante. Nesse sentido, a informação sobre o trabalho de parto e orientação sobre as atividades que podem ajudar a parturiente são fundamentais para proporcionar ao pai uma participação mais ativa e a sensação de participação no processo de nascimento.

Vale destacar que, de acordo com o relatos das parturientes, a presença do acompanhante traz conforto, segurança e confiança. Quando os depoimentos das parturientes são comparados com os dados obtidos pela observação, verifica-se que há diferenças entre a

percepção da parturiente e o tipo de apoio observado. Houve casos em que o acompanhante era, de fato, ativo, oferecia apoio emocional e físico, e outros casos em que o acompanhante era uma referência passiva, sendo que o depoimento da parturiente exaltava a necessidade de participação do acompanhante. Evidencia-se, aqui, que a satisfação da parturiente com a participação do acompanhante não está diretamente relacionada à qualidade do cuidado observável, mas ao que essa presença representa para ela. Esse resultado coaduna-se com as conclusões de Carvalho (2001) e com os apontamentos de Klaus e Kennell (2000). Entretanto, esse é um tema que ainda merece pesquisas mais diversificadas.

Como exemplo, é importante saber quem é o acompanhante e o que ele conhece sobre o trabalho de parto. Vale, também, investigar se existe algum tipo de preparação e como ela é feita, além disso, conhecer a percepção do acompanhante quanto à sua participação pode contribuir para compreender como ele ajuda a parturiente. É importante, ainda, realizar mais pesquisas que observem as interações dos acompanhantes, durante o trabalho de parto. O desenvolvimento desses conhecimentos propiciará maior compreensão do trabalho de parto, da participação do acompanhante, especialmente do marido, e de como a construção da família inicia-se, nesse momento.

O importante é compreender que, embora o acompanhante ocupe um lugar de referência familiar e emocional para a parturiente (a despeito da natureza de sua companhia), e do seu possível papel de cuidador da parturiente, ele também está emocionalmente envolvido no processo. O lugar do cuidado emocional não deve ser delegado ao acompanhante apenas, ele pode ser um agente ativo nesse processo, porém não necessariamente responsável pela cuidado dispensado à parturiente, pois este cuidado tem uma especificidade técnica que precisa ser treinada. O acompanhante deve ser orientado sobre como poderá participar, incentivando a parturiente e permanecendo ao seu lado, entretanto ele não é obrigado a cuidar da parturiente, pois esta é uma incumbência da equipe.

A partir da realidade da Maternidade descrita até o momento, considera-se o apoio emocional uma atividade que pode ser realizada entre equipe de enfermagem e acompanhante, sendo o acompanhante a figura de apoio contínuo e cabendo à equipe de enfermagem oferecer orientação à parturiente e ao acompanhante, informá-los sobre o desenvolvimento do parto e os procedimentos médicos hospitalares, sanar dúvidas e estar atenta às necessidades do par; enfim, está disponível física e emocionalmente para ambos.

Embora haja dificuldades e limitações, tanto para a equipe de enfermagem quanto para os acompanhantes no oferecimento de apoio emocional, esta pesquisa aponta que há potencial para que a dupla acompanhante e equipe de enfermagem desenvolva a atividade de

apoio emocional, tornando o processo de parto um momento de interação entre parturiente, equipe e acompanhante, e possibilitando vivenciar esse momento da melhor forma possível.

Para tanto, algumas sugestões podem contribuir para o desenvolvimento de um atendimento que ofereça o apoio emocional e físico:

- realização de pesquisas sobre como a equipe de enfermagem representa o apoio dado às parturientes;
- formação de grupos de discussão sobre o trabalho da equipe, buscando, assim, oferecer a possibilidade de discutir e repensar a sua prática cotidiana, no intuito de ampliar e melhorar o atendimento oferecido à parturiente e à sua família;
- formação de grupos de treinamentos sobre apoio emocional;
- estabelecimento de condutas de rotina quanto aos acompanhantes, perguntando-lhes o que eles conhecem sobre a dinâmica de parto;
- criação de cartilha ou folheto para explicar aos acompanhantes sobre o desenvolvimento do trabalho de parto;
- formação de grupos de preparação ao acompanhante.

8 REFERÊNCIAS

- Barbout, J. (1990) **O nascimento através dos tempos e dos povos**. Portugal: Terramar
- Batista, C.G. (1996) Observação do comportamento. In Pasquali, L(Ed.) **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: INEP, pp263-303
- Campero, L., Garcia, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., Langer, A., (1998, August). Alone, I wouldn't have known what to do: a qualitative study on social support during labor and delivery. **Mexico Social Science & Medicine**, 47 (3), 395-403.
- Carvalho, M. L. M de. (2001) **A participação do pai no nascimento da criança**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
- Carriere, B. (1999) **Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica**. São Paulo: Manole.
- Chandler S. & Field, P.A. (1997, Jan./Feb.). First-time fathers' experience labor and delivery. **Journal of Nurse-Midwifery**, 42, 17-24.
- Chen, C., Wang, S., Chang M. (2001, September). Women's perceptions of Helpful and unhelpful nursing behaviors during labour: a study in taiwan. **Birth**, 28:3, 180-185.
- Corbett, C. A. & Callister, L. C. (2000, February). Nursing support during labour. **Clinical Nursing Research**, 9:1, 70-83.
- Davis-Floyd, R. (1987). Obstetric training as a rite of passage. in Obstetrics in the United States. **Woman, physician and society**. Hahn, R. Ed. Special Issue of the Medical Anthropology Quartely, 1(3), 288-318.
- Davis-Floyd, R. (1992). **Birth as an American rite of passage**. Berkley and Los Angeles: University of California Press.

- Davis-Floyd, R. (1994a). The rituals of american hospital birth. **Conformity and conflict: readings in cultural antropology**, McCurdy, D. Eds., 8th edition, 323-340.
- Davis-Floyd, R. (1994b). Culture and birth: The technocratic imperative. **International Journal of Childbirth Education**, 9 (2), 6-7.
- Delgado, J. M.; Gutiérrez, J. (Org.) (1994). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Síntesis.
- Dessen, M.A.C.; Murta, S.G. (1997) A metodologia observacional na pesquisa em psicologia: uma visão crítica. **Cadernos de Psicologia**. 1, pp 47-60. Dessen, M.A.C.
- Dessen, M.A.C.; Borges, L.M.(1998). Estratégias de observação em comportamento em psicologia do desenvolvimento. In Romanelli, G. & Biasoli Alves, Z.M.M. (Org.) **Diálogos Metodológicos**. Ribeirão Preto: Legis Summas. pp 31-47.
- Diniz, C. S. G. (2001) **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Draper, J. (1997, January). Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers's birth attendance. **Midwifery**, 13, 132-138.
- Espirito Santo, L.C.de, Bonilha, A.L.L. (2000, julho). Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento do seu filho. **Revista gaúcha de enfermagem**. 21:2. 87-109.
- Ferreira, A., B., H. (1988). **Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fiorini, H.J. (1987). **Teoria e técnica de psicoterapias**. (Sussekind C., Trad). Rio de Janeiro: Francisco A. Editora.
- Fortes, H., Pacheco, G. (1968). **Dicionário médico**. Rio de Janeiro: Fábio de Melo, editor.
- Foulcault, M. (1985). **Microfísica do Poder**. 5^a edição. Rio de Janeiro: Graal.
- Gagnon, A.J., Waghorn, K. & Covell, C. (1997). A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labour. **Birth**, 24:2, 71-77.

- Gale, J., Fothergill-Burbonnais, F. & Chamberlain, M. (2001). Measuring nursing support during childbirth. **The American Journal of Maternal Child Nursing**, 26 (5), 264-271.
- Gordon, N., P., Walton, D., Mcadam, E., Derman, J., Gallitero, G., Garret, (1999, March). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. **Obstetrics & Gynecology**, 93 (3), 422-426.
- González Rey, F. L. (2002). **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios.** (Marcel Aristides Ferrada Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira.
- Gouchert, M.(2003) **Baixo peso ao nascer em partos hospitalares na Região da Grande Florianópolis em 2002.** [Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. 29 p.
- Gualda, D. M. R. (1994). Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Rev. Esc. Enf. USP**, 28:3, 332-336.
- Hodnett E. D. (2001). Caregiver support for women during childbirth. (Cochrane review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Hodnett, E. (1997). Commentary: are nurses effective providers of labour support? Should they be? Can they be? **Birth**, 24:4, 78-40.
- Hodnett, E.D., Lowe, N.K., Hannah, M.E., Willan, A.R., Steens, B., Weston, J., Ohlsson, A., Gafini, A., Muir, H., Myhr, T.L. & Stremlesr, R. (2002). Effectiveness of nurses as providers of labour support in north american hospitals, **JAMA**, 288:11, 1373-1381.
- Hotimsky, S.N. (2001) **Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da associação comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Jonhson, M.P., (2002 spring) An exploration of men's experience and role at childbirth. **The Journal of Men's Studies**, 10(2) pp165-182
- Kennell, J., Klaus, M., Mcgrath, S., Robertson, S., Hinkley, C. (1991, May). Continuous emotional support during labor in a United-States hospital: a randomized controlled trial. **Jama-Journal of The American Medical Association**, 265 (17), 2197-2201.

Klaus, M. H., Kennell, J. H. (1992). **Pais e bebês: a formação do apego.** (D. Batista, Trad). Porto Alegre: Artes Médicas.

Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H. (1993). **Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth.** Massachusetts: Perseus

Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H. (2000). **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** (M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (obra originalmente publicada em 1995).

Kolkovas, A. (1999). **Dicionário terapêutico Guanabara.** (ed. 1999/2000), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.

Langer, A., Campero, L., Garcia, C., Reynoso, S. (1998, October). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial British. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 105 (10), 1056-1063.

Langer, M. (1981). **Maternidade e sexo.** (M. N. Folberg, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (obra originalmente publicada em 1978).

Laplanche, J., Pontalis. (1992). **Vocabulário da psicanálise.** (Pedro Tamem, Trad.). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Laville, C; Dionne, J. (1999) **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** (Lana Mara Siman, Trad.) Porto Alegre: Artmed

Lef, J. R. (1997). **Gravidez: a história Interior.** (R. D. Pereira, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas (obra originalmente publicada em 1993).

Madi, B. C. Sandall, J., Nennett, R. & MacLeod, C. (1999, March). Effects of female relative support in labour: a randomized controlled trial. **Birth**, 26:1, 4-8.

Maldonado, Maria Tereza (1989). **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** V 2. Petrópolis: Saraiva.

Maldonado, Maria Tereza (1997). **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** 14. ed. São Paulo: Saraiva.

- Melo, V. H. (1983) **Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher (2001). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Minayo, M. C. de S. (2002). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moraes, M. H. C. (2001) **Os fenômenos emocionais envolvidos na prática médica: um estudo da interação médico residente – parturiente**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Organização Mundial da Saúde. (1985). (S. N. Hotinsky, Trad.). Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto. **Lancet**, 24 de agosto, 436-7.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). **Maternidade Segura, Assistência ao parto normal: um guia prático**, OMS/SRF/MSM.
- Rezende, J., & Montenegro, C., A., B. (1995). **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.
- Santos, O.M.B. & Sibert, E.R.C. (2001). The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. Int. **Journal of Gynecology & Obstetrics**, 75, 873-879.
- Santos, M. L. (2002) **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. 2002. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Scott, K. D., Berkowitz, G., Klaus, M. A. (1999, May). Comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 180 (5), 1054-1059.
- Scott, K. D., Klaus, P. H.; Klaus M. H.(1999, December). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. **Journal of Women and Health & Gender- Based Medicine**, 8 (10), 1257-1264.

- Souza Pinto, C. M. de (2001) **Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- Stedman, T. L. (1999). **Stedman Dicionário Médico** (C. de Araújo, M. Vanzelloti, J. I. Lemos, M. F. Azevedo, Trad.), 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.
- Soifer, R. (1980). **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. (I.V. Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas. (obra originalmente publicada em 1977).
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. London: SAGE Publications.
- Vehviläinen-Julkunen, Liukkonen, A. (1998). Fathers'experience of childbirth. **Midwifery**, 14 (1), 10-17.
- Videla, M. (1997). **Maternidade mito e realidade**. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Winnicott, D. (1978) **Da pediatria à psicanálise: textos selecionados**. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Zhang, J.; Bernasko, J. W.; Leybovich, E.; Fahs, M.; Hatch, M. C. (1996, October). Continuous labor support from Labor Attendant For Primiparous Women: A Meta-Analysis. **Obstetrics and Gynecology**, 88 (4), 739-744, Part 2, Suppl. S.

ANEXOS

ANEXO A - Foto do corredor da maternidade

ANEXO B - Roteiro de entrevista semi-estruturada 1ª versão

ANEXO C - Roteiro de entrevista semi-estruturada 2ª versão

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética

ANEXO E - Registros de incidentes críticos

ANEXO F - Folha de acompanhamento do trabalho de parto e parto

ANEXO G – Termo de consentimento informado

ANEXO H - Apresentação dos casos.

ANEXO A – Foto do corredor da maternidade



Espaço do centro obstétrico destinado à deambulação. Nesta foto vemos a barra, a bola¹, o “cavalinho”² e o pufe a disposição da parturiente.

¹ A indicação terapêutica da bola durante o trabalho de parto é para promover relaxamento através do movimento, como aponta Carriere: “Durante as contraturas de abertura do parto, a meta dos exercícios é vencer a tensão por meio de movimento. Isso pode ajudar a prevenir a tensão durante o parto” (Carriere, 1999, p.336).

² Não foi encontrado bibliografia sobre o uso do “cavalinho”.

ANEXO B – Roteiro de entrevista semi-estruturada – 1ª versão

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- 1 - Nome: _____
- 2 - Idade: _____
- 3 - Endereço: _____
- 4 - Grau de Instrução: _____
- 5 - Estado Civil: _____
- 6 - Renda Mensal da família: () menos de 1 salário mínimo () 1-3 salários mínimos
() 4-7 salários mínimos () 7-10 salários mínimos

ENTREVISTA

7 - Você fez o pré-natal? () sim () não

8 - Participou de curso de grávidas?

9 - O seu bebê foi planejado? () sim () não

10 - Você queria parto normal?

11 - você queria ou planejava tomar anestesia para o parto?

12 - Como você classificaria seu parto?

() fácil () mais ou menos fácil () difícil

13 - Você acha que seu parto foi mais difícil ou mais fácil do que você esperava?

14 - O que você acha do atendimento do maternidade do HU?

15 - Como você acha que você passou pelo processo de parto

16- Depois de passar pelo processo de parto, como você se vê?

- Quem foi seu acompanhante, Como foi receber a ajuda deste acompanhante?

ANEXO C – Roteiro de entrevista semi-estruturada – 2ª versão.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

data: ____ / ____ / ____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1 - Nome: _____

2 - Idade: _____

3 - Endereço: _____

4 - Grau de Instrução: _____

5 - Estado Civil: _____

6 - Profissão: _____

7 - Renda Mensal da família: () menos de 1 salário mínimo () 1-3 salários mínimos

() 4-7 salários mínimos () 7-10 salários mínimos

ENTREVISTA

• **Quanto a gravidez:**

8 - O seu bebê foi planejado? () sim () não

9 - Você fez o pré-natal? () sim () não - Quantas consultas? _____

10 - Participou de curso de grávidas ou de algum palestra ou encontro com algum profissional da saúde?

• **Quanto ao parto:**

11 - Porque você escolheu vir para o HU?

12 - Qual foi a impressão que você teve do atendimento da maternidade do HU?

13 - Você queria parto normal? Ou você queria ou planejava tomar anestesia para o parto

14 - Como você classificaria seu parto?

() fácil () mais ou menos fácil () difícil

15 - Você imaginava que seu parto ia ser assim (fácil, mais ou menos fácil, difícil)?

16 - Como você acha que foi seu comportamento durante o trabalho de parto?

17- Depois de passar pelo processo de parto, o que você acha dessa experiência? Você acha que mudou alguma coisa em você?

• **Caso a participante seja do grupo de parturientes que receberam acompanhamento familiar:**

18 - Quem foi seu acompanhante? Como foi receber ajuda deste acompanhante?

19 - Como você percebe que ele te ajudou ?

20 - O que você acha que poderia ser melhorado no atendimento do trabalho de parto e do parto?

• **Caso a participante seja do grupo de parturientes que receberam acompanhamento qualificadas:**

18 - Durante o trabalho de parto você teve o acompanhamento da equipe como um todo, e você teve o acompanhamento da contínuo da AQ? Como foi essa experiência para você? Como ela te ajudou?

19 - Você percebe alguma diferença entre ela e a equipe?

20 - Quem foi seu acompanhante familiar? Como foi receber ajuda desse acompanhante (AQ) e da família (AQ)? Poderia me dizer se houve alguma diferença entre os dois?

21 - O que você acha que poderia ser melhorado no atendimento do trabalho de parto e do parto?

ANEXO D

ANEXO F - Registro de incidentes críticos



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

1. Identificação:

Projeto 151/2001

Título do projeto: "Avaliação do acompanhamento contínuo do trabalho de parto".

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Mauro Luís Vieira

Instituição onde será realizado o estudo: Maternidade do HU-UFSC.

Data da apresentação ao CEP: 08/10/01

2. Objetivos.

Aprofundar a compreensão da psicologia dos processos que envolvem a gravidez, parto e puerpério e como este momento pode significar às relações familiares na formação do vínculo afetivo da mesma. A presente pesquisa servirá de dissertação de Mestrado para a Mestranda Cibele Cunha Lima da Motta.

3. Sumário do projeto.

Trata-se de um estudo a ser realizado em duas partes. A primeira parte do estudo é de caráter exploratório e os dados serão colhidos no pós-parto. A segunda parte da pesquisa ocorrerá após a primeira fase, e pretende, além da observação de 10 mães que tiveram parto normal, realizar entrevistas com as mesmas sobre sua relação com o bebê.

4. Comentários do relator frente à resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

O estudo preenche todas as determinações contidas nas resoluções CNS 196/96 e complementares.

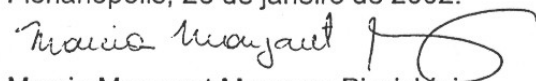
5. Parecer do CEP

Consideramos o projeto aprovado tendo em vista o atendimento da pendência.

6. Data da reunião

Observação: O projeto fica aprovado ad-referendum.

Florianópolis, 28 de janeiro de 2002.


Marcia Margaret Menezes Pizzichini.
Coordenadora

ANEXO E— Registro de incidentes críticos

14:30 A parturiente está em decúbito dorsal segurando as pernas que estão fletidas. A enfermeira está ao pé da cama pedindo que ela relaxe e pergunta se a contração já passou, a parturiente afirma que sim e então a enfermeira pede para que ela relaxe as pernas para que a estagiária possa melhor verificar o BCF, porém ela está tendo dificuldades. A parturiente sente uma nova contração e geme e contrai o corpo. A enfermeira pede para que ela fique com as pernas fletidas e a própria enfermeira realiza o exame com o sonar.

ANEXO F– Folha de acompanhamento do trabalho de parto e parto

UFSC - CFH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

“Análise dos Efeitos do Acompanhamento Emocional e Contínuo Durante Trabalho de Parto”

Dados sobre desenvolvimento e resultados do parto

Data ____/____/____

Observação nº ____

Nome: _____

Idade gestacional : _____

Idade: _____

Acompanhante familiar: _____

Acompanhante qualificada: () sim () não

Sala de pré-parto: _____

Início da observação: _____

• No momento da admissão:

Hora: _____ Dinâmica Uterina: _____

Colo: _____ BCF: _____

Bolsa rota: () sim () não

Ocitocina: () sim () não

Partograma:

Hora: _____ Dinâmica Uterina: _____

Colo: _____ BCF: _____

Partograma:

Hora: _____ Dinâmica Uterina: _____

Colo: _____ BCF: _____

• Parto

Sala: _____

Hora de entrada na sala: _____

Posição: _____

Episiotomia: () sim () não

Número de pessoas na sala:

Médico(a)	Residente	Doutorandos (as)	Estagiárias	Enfermeira	Técnicas	A F	AQ

Profissional responsável: _____

Hora do nascimento: _____

Presença de mecônio: () sim () não tipo: _____

Recém nascido: () feminino () masculino

Peso: _____ apgar: _____

Laceração: () sim () não _____

Mamada: () sim () não _____

Fim da observação: _____

Observações: _____

ANEXO G – Termo de Consentimento Informado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezada Senhora:

Somos da Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Psicologia e vimos através da presente convidá-la para participar da pesquisa intitulada: “*Análise dos Efeitos do Acompanhamento Emocional Contínuo Durante Trabalho De Parto*”.

A justificativa da realização da mesma é buscar compreender como o acompanhamento contínuo pode beneficiar a mãe.

A participação é voluntária. Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para a gravação das entrevistas do atendimento, sendo que apenas a pesquisadora terá acesso direto aos dados. Todos os nomes, profissão e local de moradia serão omitidos. Também informamos que a qualquer momento a senhora pode desistir da participação da mesma ou solicitar a não gravação da entrevista. A Sra gostaria de fazer alguma pergunta para um entendimento melhor desta pesquisa?

Eu, Sr(a): _____, considero-me informada sobre a pesquisa realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Psicologia intitulada: “*Análise dos Efeitos do Acompanhamento Emocional e Contínuo Durante Trabalho de Parto*”, aceitando participar na mesma, consentindo que a referida entrevista seja gravada.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura do Entrevistado ou Responsáveis.

ANEXO H – Apresentação dos casos

A descrição destes casos é uma versão resumida do diário de campo. A apresentação dos casos está dividida entre cesarianas e partos vaginais. As cesarianas são denominadas de '*caso cesariana*' e os partos vaginais são denominados de '*casos*'. Todos os nomes utilizados na apresentação são fictícios.

CASO CESARIANA 1

Teresa, 21 anos.

acompanhante: companheiro

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente apresenta um comportamento de expressão constante de dor através de choro, gemido, reclamação e mais no fim do trabalho de parto ela começou a gritar. Quando a equipe de saúde, principalmente as enfermeiras e 2 técnicas de enfermagem, interagem com ela através de um contato físico, um tom de voz mais doce, uma atitude diretiva, a parturiente tendia a acalmar-se. No fim do trabalho de parto a parturiente parecia experimentar um nível de dor insuportável para ela e começou a rejeitar ajuda da enfermeira e da técnica. No período diurno até a hora de ir para a sala de parto cesáreo a parturiente foi atendida freqüentemente pela equipe de enfermagem, mas experimentou momentos de total solidão quando, por exemplo, seu companheiro foi assistir o jogo de futebol.

Acompanhante. o companheiro de Teresa, de acordo com o depoimento da enfermeira do turno noturno, foi ensinado fazer a massagem nas costas da parturiente quando ela tivesse contração, porém ele permaneceu dormindo durante a noite, mesmo quando a parturiente chorava e gemia em voz alta. Ele acordou com o chamado da enfermeira às 06:50, quando esta chamou sua atenção dizendo que era importante que ele ficasse com a parturiente. A medida que as enfermeiras e / ou técnicas de enfermagem iam interagindo com a parturiente e o incentivavam a participar, ele começou a interagir com ela, ficando ao seu lado e segurando sua mão. Em nenhum momento foi observada interação verbal com a parturiente. No início da manhã o acompanhante se ausentou da sala de pré - parto para assistir o jogo com a anuência da equipe de saúde presente no momento. Ele deixou a parturiente sozinha no momento em que ela expressava dores através de gritos e gemidos.

Em diferentes momentos ele perguntava sobre o desenvolvimento do parto, por exemplo: se o bebê só nasceria com 10 cms de dilatação do útero, se a parturiente iria sentir mais dores quando chegasse a 10 cms de dilatação, porque o médico fez a ruptura da bolsa.

Equipe de saúde. A equipe de saúde teve uma atuação atenciosa com a parturiente. A enfermeira do turno noturno fez um atendimento para a realização de exames e conversou com a parturiente e incentivou o acompanhante a participar. Durante a manhã, a enfermeira responsável e uma técnica de enfermagem foram muito atenciosas com a parturiente, conversando com ela. A enfermeira realizou massagens e a técnica a incentivou a caminhar e exercitar-se na bola.

A técnica de enfermagem, de acordo com seu relato, ajudou a convencer o pai a ficar para assistir o parto. Ela também serviu café para o acompanhante duas vezes, alegando que ele estava com muita fome. No momento em que ele ouviu o jogo de futebol e perguntou sobre o jogo, esta mesma técnica junto com uma médica de plantão o incentivaram a assistir o jogo, pois, segundo elas seriam uma forma de aliviar a tensão dele.

CASO CESARIANA 2

Claudia, 29 anos

Acompanhante: mãe da parturiente

Situação de pré-parto

Parturiente. Na primeira parte da observação, antes da analgesia ser aplicada, a parturiente sentia as contrações de uma forma muito intensa, contraindo o rosto e o corpo, cerrando a boca, gemendo, gritando ocasionalmente, sendo que, vale a pena ser grifado que a parturiente chorava com lágrimas a cada contração. De acordo com o depoimento da parturiente, ela sentia as contrações continuamente, não havendo intervalo entre elas. Depois da aplicação da analgesia a parturiente foi encaminhada para a sala de recuperação onde permaneceu deitada até o encaminhamento para a sala de parto. Mesmo com a analgesia a parturiente continuou a sentir dores durante as contrações, Logo depois da aplicação da primeira dose eu perguntei a ela como estava e ela respondeu que a dor era suportável. Ela recebeu mais duas aplicações de analgesia às 14:30 e às 16:30 antes de ser levada para a sala de parto às 18:56. Vale ressaltar que, embora a parturiente recebeu aplicações periódicas de analgesia ela sentia as contrações como dolorosas e contraía o rosto e o corpo ou agarrava a barra de proteção da cama, puxava os cabelos para trás, pedia para que segurassem sua mão a cada contração, ou seja, havia uma evidente vivência de dor. Outro fato que caracteriza a parturiente é que não podia tocá-la, podia segurar sua mão quando ela lhe oferecia, mas não podia tocá-la em nenhuma parte do corpo para oferecer uma massagem ou carinho, ela só permitia os exames clínicos.

Acompanhante familiar. A acompanhante familiar, a mãe da parturiente, permaneceu ao lado da parturiente durante todo o trabalho de parto, ausentando-se somente para lanchar. Ela era empática com a dor da filha, reconhecendo sua dor com frases como: "Dói, minha filha, eu sei que dói." Ela segurava a mão da filha quando esta requeria e estava preocupada com o desenvolvimento do trabalho de parto. Era uma mãe atenta e cuidadosa a filha, que procurou atender suas necessidades, interagindo com a equipe sempre que a parturiente precisava de algo.

Equipe de saúde. A parturiente teve um acompanhamento constante do anestesista, que quando a atendia conversava com a parturiente explicando-lhe o que estava sendo feito. A enfermeira de plantão era o membro da equipe que tinha um comportamento de maior proximidade. Ela falava com a parturiente usando um tom de voz calmo e suave, brincava com ela para que ela relaxasse durante os exames clínicos e a atendia quando chamada, porém não estabeleceu uma relação de apoio emocional com a parturiente.

A técnica responsável pela área de recuperação era o membro da equipe que estava mais a disposição da parturiente, pois ela era a única paciente nesta área. Porém ela não estabeleceu vínculo com a parturiente, sendo que um momento ela foi inadequada quando ela contou uma estória para a enfermeira que estava examinando a parturiente durante um momento de contração, enquanto a parturiente sentia dor, gemia e contraía o corpo.

CASO - CESARIANA 3

Carla, 34 anos

Acompanhante: doula

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente estava internada em trabalho de parto desde das 22:40 do dia anterior. Ela sentiu contrações com dores por doze horas, de acordo com seu relato. Após o recebimento de analgesia, ela pôde suportar melhor o trabalho de parto. Ela aparentava ser uma pessoa receptiva ao outro, cooperativa e aparentava tranquilidade.

Durante o período de observação a parturiente adotou três posições físicas em função da analgesia, ela esteve em decúbito lateral esquerdo, decúbito dorsal e sentada na cama com os pés para fora. Quando o efeito da analgesia estava terminando e ela passou a sentir as contrações mais fortemente ela usou uma respiração mais profunda e contraía o rosto e gemia em alguns momentos. Por volta das 16:00 a parturiente aparentava estar cansada.

A opção pela cesariana foi em função do fato de que o trabalho de parto não evoluiu além dos 8 centímetros.

Acompanhante familiar A acompanhante da parturiente foi carinhosa e atenta as necessidades da parturiente. Dos 8 períodos de observação em que a acompanhante estava presente, seis períodos ela estava em interação física e ou verbal com a parturiente. Ela fazia carinho nas pernas da parturiente, usava sempre um tom de voz baixo e suave, ela percebeu que a parturiente estava com sede e lhe ofereceu água. A acompanhante incentivava a parturiente respirar profundamente respirando junto com ela.

Equipe de saúde. A equipe de saúde ofereceu um atendimento de rotina à parturiente. Como a maternidade estava ocupada naquele dia, os médicos de plantão deram atenção dentro da necessidade da realização dos exames, bem como as enfermeiras. O fato mais relevante foi o comentário de uma técnica que disse ter muita pena da parturiente pois ela estava voltando a sentir dores das contrações e que depois de uma analgesia a parturiente não conseguiria suportar qualquer dor. Então a técnica comparou o serviço da maternidade com outra maternidade em que eles aplicam a analgesia desde os 4 centímetros e que, portanto, a parturiente sofreria menos.

CASO CESARIANA 4

Helena, 23 anos
acompanhante: marido

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente aparentava estar centrada em seu processo de trabalho de parto. Durante os períodos de observação ela mudava sempre de posição física estando em certos momentos sentada sobre a cama ou caminhando no corredor ou usando o cavalinho.

Acompanhante familiar. O marido de Helena ofereceu apoio contínuo a parturiente, sendo amoroso, atencioso para com ela. Ele a acompanhava durante as atividades, embora pouca interação verbal foi observada.

Equipe de saúde. No período noturno, quando a parturiente apresentava uma dilatação de mais de 6cm, o centro obstétrico estava ocupado, portanto a atenção dada a parturiente caracterizaram-se mais por um atendimento de rotina.

CASO 1

Valéria, 22 anos
acompanhante: marido

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente teve um desenvolvimento de parto satisfatório. Um aspecto interessante é que a parturiente mantinha os olhos fechados na maior parte do tempo e procurava manter um ritmo respiratório durante as contrações e, embora a parturiente do leito ao lado gritasse constantemente, ela conseguiu manter um estado emocional estável, não se contagiando pela expressão da parturiente no quarto ao lado.

Acompanhante Familiar. Em todos os momentos da observação o companheiro da parturiente foi carinhoso, presente, em interação constante com a parturiente. Podemos dizer que ele cumpriu uma função protetora para com a parturiente.

Equipe de Saúde. A equipe de saúde estava visivelmente perturbada com o comportamento de uma outra parturiente que gritava continuamente. A equipe suspirava e fazia comentários como: "Quando essa mulher vai ganhar nenê?".

Quanto ao atendimento da parturiente observada, a doutoranda responsável foi o membro da equipe mais observado. Durante a realização dos exames ela não interagiu muito com a parturiente, dirigindo-se a ela espontaneamente somente uma vez. Os comentários circunscreviam as informações.

A equipe não explicou a parturiente que no caso de bolsa rota, não se realiza exames periódicos. Como ela não tinha esta informação ela estava ansiosa sem saber o que estava acontecendo.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente teve um bom desempenho no período expulsivo, ela parecia bastante concentrada. Quando a neném foi colocada em seus braços ela imediatamente observou a criança e se relacionou com ela através de vocalizações infantis e gestos carinhosos.

Acompanhante familiar. O companheiro da parturiente ficou atrás dela durante o trabalho de parto e foi carinhoso, ele tirou fotos do bebê e logo em seguida foi até ela e a beijou. Ele permaneceu com a parturiente durante todo o tempo até ela ir para a sala de recuperação e não acompanhou o bebê na sala de cuidados, reação pouco comum entre os outros pais.

Equipe de enfermagem. O parto foi realizado pela enfermeira. As luzes da sala de parto permaneceram acesas. Durante o período expulsivo as duas enfermeiras davam apoio através de expressões "Isso aí", "Muito bem", "Você está indo bem". Porém, quando a parturiente dizia "Eu não consigo mais", não houve nenhuma palavra de apoio por parte de ninguém. Vale ressaltar que havia um número muito grande de acadêmicos na sala de parto observando.

CASO 2

Rosângela, 22 anos

acompanhante: companheiro

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente teve um bom desenvolvimento do trabalho de parto. A vivência da dor do trabalho de parto, entretanto, se intensificou quando a parturiente apresentava 8cm de dilatação e ela expressava dor incessante e intensamente, não respondendo a nenhuma sugestão da equipe de saúde. Após a aplicação da analgesia, a parturiente tinha uma aparência calma, embora cansada. Nas observações neste período, a interação entre parturiente e o companheiro caracterizava-se pela pouca interação verbal e ausência de interação física.

Acompanhante Familiar. O acompanhante era carinhoso com a parturiente acompanhando-a nas atividades. Durante todo o trabalho de parto, ele foi presente, cuidadoso, carinhoso, entretanto ele não sabia utilizar técnicas, como a massagem, para ajudar a parturiente, mas interagiu verbalmente com a parturiente dizendo-lhe: "Calma, tudo vai passar".

Equipe de saúde. A equipe de saúde tinha um comportamento atencioso e informativo. A enfermeira de plantão estabeleceu um vínculo um pouco mais próximo com a parturiente, diferenciando-se dos outros membros da equipe. A enfermeira atuava através de toques e conversas nos momentos dos exames, não estabelecendo interação em outro momento.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente apresentou um bom desenvolvimento do trabalho do período expulsivo. Durante este período a parturiente expressava dores através de gritos, segundo ela sua vagina doía muito. Logo após o nascimento do bebê ela se emocionou, chorou e disse: “Ah!! Que lindo meu filho, ele é bonito”. Ela demonstra ansiedade quando o bebê é colocado nos seus braços neste primeiro momento e diz: “Eu tô nervosa”. Neste momento a equipe de saúde presente tenta acalmá-la. Ela vai se acalmando e podendo ficar com o bebê.

Acompanhante familiar. O acompanhante familiar permaneceu ao lado da parturiente durante todo o trabalho de parto, não houve interação verbal entre eles, ele parecia estar mobilizado com a situação de parto, porém estava presente emocionalmente e atento ao que estava acontecendo. Logo depois que o bebê nasceu o acompanhante foi afetuoso com a parturiente, abraçando-a, beijando-a e olhando o bebê. Ele se emocionou e chorou quando o bebê nasceu. O acompanhante permaneceu na sala com ela até ela ser encaminhada para a sala de recuperação.

Equipe de saúde. Durante o período expulsivo a equipe de saúde foi solícita para com a parturiente e a incentivava nos momentos de contração com frases como: “Isso, é assim mesmo! Legal continua” (frase dita no momento do puxo). Porém, quando a parturiente reclamava de uma intensa dor na vagina a equipe de saúde não se dirigiu a ela para explicar o que estava se passando.

CASO 3

Mariana, 18 anos

Acompanhante: marido

Situação de pré-parto

Parturiente. parturiente apresentou desenvolvimento de trabalho de parto rápido, sem problemas, podendo suportar a dor do trabalho de parto, isto é, ela não expressou sua dor através de gritos intensos. Num certo momento ela perguntou sobre a possibilidade de aplicação de analgesia, quando foi comunicada que não iria tomar analgesia, ela perguntou se ela podia fazer a episiotomia. Quando eu a entrevistei e perguntei porque ela havia pedido pela episiotomia ela disse que ela acreditava que a episiotomia poderia ajudar a saída do bebê e que ela queria tomar alguma analgesia, mesmo que fosse nessa região.

Acompanhante familiar. O acompanhante familiar era participativo, carinhoso e atento. Durante todas as observações ele estava em interação física com a parturiente, sempre acariciando seus braços, rosto ou cabelo. Ele atuou de uma forma protetora e carinhosa.

Equipe de saúde. A equipe de saúde foi atenciosa e proveu as informações requisitadas pelo casal. Quando a parturiente pediu analgesia uma segunda enfermeira deu as informações sobre a analgesia e contou um pouco de sua própria história como um dado de referência a parturiente. Essa forma de

contato é revestido de mais calor do que só a informação pura. No entanto, neste mesmo momento, quando uma das médicas de plantão chegou na sala de pré-parto, esta mesma enfermeira começou a falar de assuntos que eram de interesse da médica presente, enquanto a parturiente tinha uma contração e gemia de dor. Em seguida, um outro médico chegou e começou a conversar com a parturiente num tom de voz alto, a enfermeira e a médica voltaram suas atenções para a parturiente, dando – lhe instruções sobre o que deveria ser feito.

Situação de parto

Parturiente. Na sala de parto a parturiente está ansiosa e tensa, contraindo as pernas e a pelve. Logo que o bebê nasce ela procura seu companheiro e o beija, os dois choram e se abraçam enquanto o bebê é levado para os primeiros exames. A enfermeira diz: “Agora acabou!”, e a parturiente diz “Doeu, mas compensa, né?”. Assim que o bebê é devolvido a mãe ela começa a fazer vocalizações infantis, fica com ele por pouco tempo e pede para que o levassem.

Acompanhante familiar. Nos primeiros instantes do trabalho de parto, o acompanhante familiar está um pouco mais afastado da parturiente e é levado para junto dela através da sugestão de uma estagiária. Depois disto ele permanece ao lado dela durante o período expulsivo. Não houve trocas verbais neste momento. A pedido da mãe, a estagiária entrega o bebê para o pai, que fica com ele no colo até ser levado para ser examinado.

Equipe de saúde. O parto foi realizado pela enfermeira de plantão e ela tinha uma maneira suave e carinhosa de falar, por exemplo: “Força, minha flor. Isto! Muito bem”. Quando a parturiente contraía as pernas a enfermeira a orientava para que ela pudesse relaxar. Depois do nascimento do bebê, a enfermeira a parabenizou. A equipe de enfermagem teve uma atitude cuidadosa para com a parturiente. Houve apenas um comentário inadequado, quando, a parturiente encontrava-se sozinha e uma técnica de enfermagem falou: “Seu bebê é grandinho, mas o da outra sala é maior.”

CASO 4

Jane, 22 anos

Acompanhante: irmã

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente expressou muita dor no momentos da contração e nos intervalos continuou gemendo aparentando uma dor continua. A parturiente recusou a tomar analgesia e afirmou que queria sentir tudo, que não queria sentir-se anestesiada. Durante todo o trabalho de parto a parturiente aparentou sentir com intensidade dores durante a contração.

Acompanhante familiar. Ela era carinhosa e estava atenta as necessidades da irmã, mas aparentava estar um pouco assustada com a condição o trabalho de parto, pois em alguns momentos ela observava o que estava acontecendo sem conseguir se interagir com a parturiente. Em certos momentos, ela

tentava se aproximar mais da parturiente, porém, era visível sua dificuldade de assumir um papel de cuidadora e protetora da irmã.

Equipe de saúde. A enfermeira de plantão dedicou uma atenção diferenciada à parturiente, bem como as estagiárias de enfermagem presentes. Elas acompanharam a parturiente por mais tempo do que as outras parturientes presentes. A enfermeira utilizou recursos como: luz apagada, escurecimento do quarto, massagens com óleos, música e o uso de cheiro no ambiente. A interação da enfermeira com a parturiente ia mais além do que uma relação cordial e informativa, ela orientava a parturiente, fazia massagem com óleos, usou a bola, sugeria posições diferentes e a estimulava a encontrar sua melhor forma de respiração. O contato com a parturiente caracterizava-se por um trabalho em parceria, que a ajuda a suportar melhor as dores que a parturiente sente durante a contração.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente aparentava estar bastante vinculada a enfermeira, ela conversava com a enfermeira e a chamava de minha amiguinha. A parturiente aparentava ansiedade, cansaço e em certos momentos, ela dizia: “Calma gente, por favor!”, como se pedisse um tempo para que ela pudesse se recompor. Assim que o bebê nasce ela chora e diz: “Ele é meu, ele é só meu, depois de tudo que eu passei”.

Acompanhante familiar. A acompanhante familiar permaneceu ao lado da parturiente durante o período expulsivo, porém não houve interação verbal ou física. Em um dado momento ela até riu (um riso nervoso) diante do esforço da parturiente. Depois do nascimento do bebê ela ficou ao lado do sobrinho e mostrou-se mais interativa com a irmã, falando com ela sobre o bebê.

Equipe de saúde. O parto foi dirigido pela enfermeira que havia acompanhado a parturiente. A enfermeira buscou criar um clima tranquilo dentro da sala de parto. Ela apagou a luz, usou músicas suaves e um foco de luz azul e conversava num tom de voz baixo e suave com a parturiente usando palavras de apoio e orientações sobre o descansar entre as contrações. Um aspecto interessante é que a enfermeira não orientou sobre a respiração deixando a parturiente descobrir e realizar a respiração que melhor lhe convinha. Depois que o bebê nasceu a enfermeira brincou com ela afim de deixá-la a vontade enquanto fazia a sutura da laceração do períneo, criando um clima descontraído.

CASO 5

Renata, 20 anos

Acompanhante: companheiro

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente mostrou-se bastante receptiva a participação na pesquisa. Depois da aplicação da analgesia a parturiente permaneceu a maior parte do tempo sentada na cama, ela estava muito disposta e bem humorada, com a aproximação do período expulsivo a parturiente, por

recomendação da equipe, assume novas posições físicas como ficar na posição de quatro apoios em cima da cama abraçada a bola. Já mais perto do período expulsivo o anestesta aplicou uma nova dose de analgésico e a medida que o trabalho de parto foi progredindo e a parturiente pode sentir todas as movimentações do útero e do bebê e um pouco de dores durante as contrações.

Acompanhante familiar. Em todas as observações, o acompanhante estava tocando a parturiente ou sentado junto a ela. Ele foi cuidadoso, atencioso e não saiu do lado dela em nenhum instante e ajudou a parturiente a realizar as atividades propostas pela equipe de saúde. Ele cumpriu a função de protetor e cuidador.

Equipe de saúde. A equipe de saúde foi atenciosa com a parturiente, principalmente mais no fim do trabalho de parto quando a enfermeira de plantão e a técnica alternavam atenção contínua a parturiente, dando a ela orientações sobre as posições e a atendendo no que era necessário.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente recebeu uma dose diluída de analgesia e no momento do período expulsivo sentia dores durante a contração, mas no intervalo a parturiente apresentava bom humor e dizia: “Eu descanso entre as contrações” “Dá até para recuperar o bom humor”. Entre as contrações ela interagiu com o companheiro, a enfermeira e a técnica. Nos últimos momentos ela estava com muita dor e dizia: “Sai, sai. Ah! não sai!”. Quando o bebê nasceu ela disse: “Graças a Deus! Meu lindinho! Oh meu filhote, calma! Ela interagiu amorosamente com o bebê assim que ele nasceu.

Acompanhante familiar. O acompanhante familiar participou direta e ativamente do período expulsivo, foi ele quem a aparou no período expulsivo. Ele também fazia carinho e interagiu verbalmente com parturiente, por exemplo: “Só mais um pouquinho”.

Equipe de saúde. O aspecto mais relevante a ser apontado a respeito da equipe é a disponibilidade de realizar um parto diferente do que aquele proposto pelos procedimentos e rotinas. Realizar um parto na sala em que a parturiente já está habituada, ao som de música e com pouca luz pode ser considerado como uma tentativa de minimizar os impactos de uma atendimento hospitalar.

O atendimento da equipe foi atencioso e respeitoso. A enfermeira que assistiu o parto trabalhou sempre no sentido de respeitar o ritmo da parturiente dando instruções sem ser diretiva. Havia um vínculo bem estabelecido entre a parturiente e a enfermeira, explicitado pelos diálogos entre as contrações. A técnica presente também foi atenciosa quando, por exemplo, oferecia uma gaze molhada na boca da parturiente que tinha muita sede (a parturiente não podia beber água em função da analgesia).

CASO 6

Marcela, 17 anos

Acompanhante: marido

Situação de pré-parto

Parturiente. O aspecto mais relevante a ser ressaltado no pré - parto é que a parturiente estava aliviada por ter recebido a analgesia. Isto fica evidente nas declarações e ou nos diálogos entre ela e a equipe, por exemplo, quando ela diz que ela prefere ter coceira (em função da medicação da analgesia) no corpo do que sentir as dores outra vez.

Acompanhante familiar. Durante o período de observação do pré – parto não foi observado interações verbais ou físicas entre o casal. Ele permanecia sentado junto à parede do lado oposto à parturiente. É importante enfatizar que não observei o casal enquanto ela ainda não havia recebido analgesia, momento em que o AF pode ter tido uma função mais ativa ajudando a parturiente a realizar atividades, como banho, caminhada e bola.

Equipe de saúde. Um segundo momento de interação foi entre a enfermeira e a auxiliar quando estavam verificando o BCF, neste momento quando falavam do prurido que a parturiente sentia em função do medicamento, a auxiliar perguntou à parturiente se ela preferia o prurido ou a contração (fazendo uma analogia direta entre contração e dor), a parturiente respondeu dizendo que preferia o prurido. De certa forma, podemos dizer que há uma ênfase aos benefícios da analgesia de parto, sendo este retratado nos diálogos observados.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente tinha uma aparência tranquila dentro da sala de parto. Ela calmamente seguiu as instruções da equipe de saúde e logo o bebê nasceu. Quando ela viu o bebê ela disse chorando: “Ai meu bebê, ai meu bebê”. Ela estava muito emocionada e chorou. Depois que foram feitos os primeiros exames e o bebê foi colocado de volta em seu colo a parturiente fez vocalizações infantis para o bebê e o amamentou. A parturiente pareceu surpresa com a existência e o tamanho da placenta. Ainda quando estava com o bebê nos braços a parturiente agradeceu a equipe pelo atendimento e a auxiliar de enfermagem presente respondeu dizendo que o mérito era dela.

Acompanhante familiar. No início do período expulsivo o companheiro da parturiente se posicionou ao seu lado e pegou na sua mão. Ele aparentava estar ansioso pois repetia as mesmas instruções dadas pela equipe ou repetia continuamente “Força amor, força amor”, ele repetiu essa frase mesmo quando o bebê já havia nascido e ele não havia visto. Aparte esta ansiedade reconhecida por ele numa fala posterior ao parto, o companheiro da parturiente foi interativo verbal e fisicamente, estando num papel ativo de acompanhante cumprindo as funções de cuidador e protetor.

Após o nascimento do bebê ele foi carinhoso com a mãe e com o bebê. Ele beijava a mãe e o bebê e fazia vocalizações infantis quando se direcionava para o bebê. O interessante é que ele era muito comunicativo e descontraído com a equipe, chegando haver brincadeiras e convites para que o pessoal fosse na casa dele. Ele ficou com mãe até ela ser levada para a sala de recuperação.

Equipe de saúde. A equipe de saúde fez um atendimento cuidadoso e atencioso. Embora houvesse um número pessoas a mais do que o usual, havia um clima descontraído propiciado pela boa interação entre a equipe e o casal. Podemos dizer que houve o estabelecimento de uma relação que foi além do cordial e respeitoso, um vínculo mais afetivo foi estabelecido entre a equipe e o casal.

CASO 7

Áurea, 22 anos

Acompanhante: mãe da parturiente.

Situação de pré-parto

Parturiente. A parturiente aceitou a participar da pesquisa sem nenhuma restrição. Ela teve uma evolução de parto satisfatória e, pode-se dizer, rápida. O aspecto mais relevante quanto ao comportamento da parturiente é que ela permaneceu quieta e aparentemente calma. Em todas as observações a parturiente encontrava-se em decúbito lateral esquerdo, de olhos fechados, sendo que não foi observado nenhum tipo de interação com sua acompanhante. A parturiente não teve nenhuma expressão verbal de dor significativa, somente num período de observação ela gemeu bem baixinho; nos momentos da contração ela contraía o rosto e corpo levemente, mas, basicamente, não gemia ou gritava.

Acompanhante Familiar. A acompanhante familiar, a mãe da parturiente, estava, nos períodos de observação, sentado na cadeira ao lado do leito. Não foi observado qualquer interação verbal ou física com a parturiente, sendo a acompanhante uma presença silenciosa.

Equipe de Saúde. A equipe ofereceu um atendimento que pode ser caracterizado de rotina. Relacionando-se com a parturiente de uma forma atenciosa e cuidadosa, além dos cuidados técnicos.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente acomodou-se na cadeira e seguiu as orientações da equipe de saúde. Durante o período expulsivo ela permaneceu de olhos fechados na maior parte do tempo, aparentando estar muito concentrada, ela não teve nenhuma expressão verbal durante este período, nem mesmo no momento em que a cabeça do bebê estava passando pelo canal vaginal ou pela laceração que sofreu. Com o nascimento do bebê sua expressão facial mudou, antes sua aparência era contraída e cansada, já com o bebê nos braços seu rosto estava relaxado e os lábios esboçavam um sorriso. Porém a parturiente não expressou nenhuma emoção através da fala, choro e ou riso, também não falou com o bebê imediatamente ao nascimento. A parturiente o recebeu, enxugou, envolveu nos cobertores e o mantinha bem perto da seu rosto. Aproximadamente cinco minutos depois de o bebê estar em seus braços é que a parturiente começa a falar com ele, primeiro diz que ele está com fome, depois começa a falar baixinho fazendo vocalizações infantis.

Acompanhante Familiar. A acompanhante familiar basicamente seguiu o mesmo padrão de interação da parturiente, que se caracterizou por estar presente, mas com pouca intenção de interação. Em alguns momentos ela tentou conversar com a parturiente repetindo as orientações da equipe, mas a parturiente, imersa no que estava acontecendo internamente, não interagiu. Quando o bebê nasceu, a acompanhante se emocionou, chorou e conversou com ele. Ela o acompanhou até a sala de cuidados.

Equipe de Saúde. Como havia poucas pessoas da equipe na sala de parto o ambiente estava mais tranquilo, a luz principal da sala estava apagada, sendo que foi utilizado o foco dirigido de luz, e o médico de plantão tinha uma atitude tranquila e usa um tom de voz baixo e suave. Ele foi dando referências de como ela estava indo, dizendo expressões como: Isso! Tá ótimo! Você está indo muito bem!. Embora ele tenha dado explicações para a doutoranda durante o parto, ele se relacionou continuamente a parturiente. Nos momentos pré-expulsão o médico percebeu que havia uma indicação de episiotomia, porém o processo foi muito rápido e, embora ele tenha preparado o material, não foi possível realizar-la.

Por duas vezes a equipe teve um comportamento inadequado. O primeiro é que, por um curto período de tempo a enfermeira, uma técnica e a neonatologista ficaram conversando sobre assuntos extra-parto enquanto a parturiente estava nos momentos de puxo. O outro é que a neonatologista, depois que o bebê já havia nascido, relatou para o médico, num tom de voz normal, sobre o quanto o bebê de uma outra parturiente tinha nascido deprimido e cianótico. Esses dois comportamentos demonstram o quanto o ambiente da sala de parto de uma maternidade hospitalar está sujeito a atitudes pouco cuidadosas por parte da equipe, não levando em consideração a dimensão da intimidade deste momento na vida da mulher e do bebê, nem tão pouco a interferência negativa na significação deste momento.

CASO 8

Cecília, 28 anos.

Acompanhada pelo marido.

Situação de pré-parto

Parturiente. O primeiro período de observação o trabalho de parto da parturiente desenvolveu aproximadamente 2 centímetros, sendo que a parturiente aparentava estar sentindo as contrações de uma forma muito dolorosa e tensa, que ela expressava através do rosto, olhos e corpo contraídos, ritmo respiratório acelerado, gemidos e eventualmente gritos. Durante a noite em alguns períodos ela gemia de dor mesmo entre as contrações. Ela ainda apresentava uma aparência cansada, olhos constantemente úmidos e um aspecto de tensão no rosto. No segundo período a parturiente recebeu uma atenção diferenciada da enfermeira de plantão e recebeu analgesia de parto. Esses dois fatos configuraram a vivência de um trabalho de parto diferente do primeiro período. No que concerne a observação podemos dizer que a enfermeira teve um papel de informação, de orientação de exercícios e massagens e de continência emocional, que possibilitou a parturiente a poder vivenciar o trabalho de parto de uma forma mais tranquila, o que foi possível observar através de uma aparência mais relaxada e através da realização de atividades durante o trabalho de parto.

A aplicação da analgesia configurou uma outra forma de vivenciar o trabalho de parto. Depois da aplicação dos medicamentos, ela foi encaminhada numa maca para a sala de observação e permaneceu deitada até ir para a sala de parto. Todo o trabalho de mudança de posição, respiração, atividades com a bola, massagens foram interrompidos pela obrigação de permanecer em decúbito lateral esquerdo ou dorsal, sendo que ela ainda usou máscara de oxigênio durante um período antes do parto. O uso da analgesia caracteriza duas condições em termos emocionais e comportamentais: a não vivência da dor e a mudança de uma posição ativa para uma posição passiva no caso desta parturiente.

Acompanhante familiar. Durante todo o período de observação, em termos gerais, o acompanhante mostrou -se presente, preocupado, atento e carinhoso. No período noturno foi observado que o acompanhante permanecia sentado ao lado da parturiente, recostado em sua cadeira sem estabelecer um contato físico ou verbal com a parturiente. Vale dizer que aquela era a terceira noite que enfrentavam sem dormir e tanto ela quanto ele aparentavam cansaço. Entretanto, no período diurno, o acompanhante foi presente e atencioso, principalmente após ter recebido orientação da enfermeira, passando a ter uma atuação mais ativa com a parturiente. Ele fez massagem, sentou-se atrás dela na bola servindo de suporte e continuou sendo atencioso e carinhoso. Depois da aplicação da analgesia a parturiente permaneceu numa posição mais passiva e o acompanhante permaneceu ao seu lado porém não havia mais necessidade da realização de atividades com a parturiente para ajudar o desenvolvimento do parto.

• Equipe de saúde

Um aspecto relevante a ser apontado é o conceito da parturiente compartilhado por diferentes membros da equipe. Eles a consideravam ansiosa, pois antes da parturiente ser internada ela já tinha estado na maternidade duas vezes, sendo aquela a terceira. eles comentavam que já haviam conversado com ela e explicado o que ela deveria fazer, mas que ela não estava conseguia reagir. O contato entre

equipe e parturiente ocorreu com uma frequência menor no período noturno, os doutorandos realizaram os exames rotineiros quanto ao desenvolvimento do parto e a técnica de plantão realizou os exames rotineiros quanto ao estado de saúde da parturiente. Somente uma observação da interação entre equipe e parturiente foi observada diretamente, porém pode-se dizer que o atenção à parturiente seguiu a rotina padrão de atendimento da maternidade. A interação equipe parturiente observada era diferenciada do atendimento padrão, a técnica conversou com a parturiente orientando - a para procurar descansar entre as contrações, para que ela respirasse, uma vez que ela era fonte de oxigênio para o bebê, que era importante ela se ficasse tranqüila. Para dar estas orientações a técnica se agachou e ficou na mesma linha de visão da parturiente (ela estava sentada na bola), ela utilizou uma voz suave, tocava na barriga da parturiente ajudando-a a perceber melhor as contrações e seus intervalos. Ela permaneceu com a parturiente por, aproximadamente, 10 minutos com a parturiente, vivenciando junto com ela as duas ou três contrações. Essas orientações foram importantes para a parturiente pois a orientou e, por aproximadamente duas ou três horas, a parturiente permaneceu mais tranqüila depois deste contato. Vale ressaltar que a equipe utilizou somente o banho como procedimento de rotina.

A enfermeira do plantão diurno teve uma atuação que proporcionou a parturiente a possibilidade de vivenciar o parto de uma forma mais calma e centrada. No primeiro contato ela se apresentou e perguntou sobre a parturiente e sobre o desenvolvimento do trabalho de parto, ela conversava perto da parturiente, olhava-a nos olhos e tocava a barriga da parturiente. A enfermeira explicou à parturiente sobre o processo de parto e sobre o ciclo de Read - processo de tensão medo e dor - utilizando uma analogia sobre o que acontece com o excesso de atividade muscular, essa foi uma comparação adequada por parte da enfermeira, pois a parturiente era professora de educação física e pode assimilar bem o que estava sendo explicado, uma vez que esta era uma linguagem familiar. A enfermeira ainda mostrou o quanto ela estava tensa e que precisava relaxar e orientou o marido a ajudá-la a fazer alongamento e a fazer massagem. A atuação da enfermeira foi informativa e ao mesmo tempo havia uma interação emocionalmente próxima à parturiente o que conferiu um momento organizador para a ela.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente cooperou com as instruções e orientações da equipe, que são necessárias em casos de analgesia, pois a mulher não sente mais as dores e/ou outras sensações necessárias para a finalização do parto espontaneamente. No momento em que a manobra de Kristeller foi aplicada (momento da expulsão do feto) ela gritou alto e bateu as pernas. Assim que o bebê nasceu e foi levado para os cuidados do neonatologista, o casal se abraça e chora. Quando o bebê é colocado no colo da mãe, ela começa a fazer vocalizações infantis e diz: "Oh! Minha filha é a mamãe." "Iche! que brabeza" (quando a criança está chorando no colo da mãe) "Sua manhosa!". A parturiente fala com o bebê enquanto tenta ajudá-la a fazer a pega do mamilo para a amamentação. Enquanto fala com a filha a expressão do rosto é tranqüila e serena, o olhar está mais calmo. Ela continuou tranqüila depois que o bebê foi levado para a sala de cuidados e enquanto a sutura da episiotomia e os cuidados finais foram realizados.

Acompanhante familiar. O acompanhante da parturiente, seu marido, esteve em constante interação com a parturiente, sobretudo fisicamente, oferecendo-lhe carinho passando a mão na barriga e nos cabelos. Ocasionalmente falava-lhe perto do ouvido usando um tom de voz baixo. Ele foi atencioso durante o tempo em que permaneceu na sala de parto. Quando o bebê nasceu ele chorou junto com a

parturiente e também fez vocalizações infantis quando falava com o bebê. Quando o bebê foi levado para a sala de parto ele o acompanhou.

Equipe de saúde. A dualidade no atendimento do período expulsivo foi um prolongamento do atendimento do trabalho de parto. A enfermeira e a médica de plantão mantiveram diferentes padrões de atendimento. A enfermeira continuou a desenvolver o trabalho de apoio e acompanhamento durante o período expulsivo através de atitudes como permanecer ao lado parturiente conversando com ela, molhando, ocasionalmente, seu rosto e sua boca com uma gaze. Ela utilizou um espelho para mostrar a parturiente a coroação da cabeça do bebê, ajudando-a assim a visualizar o processo. Quando o bebê nasceu, foi esta enfermeira, junto com o residente em pediatria, que realizou os primeiros cuidados e, quando o bebê foi colocado nos braços da mãe, a enfermeira incentivou a amamentação. A enfermeira ainda fez questão de mostrar e explicar sobre a placenta à parturiente, bem como todos os problemas que aconteceram como a posição da cabeça do bebê e a presença de mecônio fluido. A ambientação do espaço com música e aromas foi uma iniciativa desta enfermeira.

CASO 9

Sofia, 20 anos
acompanhante: marido.

Situação de pré-parto

Parturiente. Antes da aplicação da ocitocina sintética a parturiente apresentava contrações espaçadas e fazia exercícios com a bola e caminhadas. Ela aparentava estar disposta física e emocionalmente, apesar de estar no segundo dia de indução. Quando as contrações começaram ela foi gradualmente perdendo a concentração em qualquer atividade que tentava realizar, por exemplo: sentava na bola e logo levantava, começa a fazer uma respiração mais profunda, mas logo se sentia tomada pela dor e começava a gemer e gritar. Em alguns momentos ela negava a ajuda do marido, pedindo que ele parasse com massagem ou que não a tocasse. Esse comportamento de se sentir tomada pela dor foi aumentando, e em função do comportamento da parturiente e do quadro de evolução do trabalho de parto, considerado lento pela equipe, decidiu-se pela aplicação de analgesia. Depois que a analgesia foi aplicada a parturiente demonstrou estar mais tranqüila e aliviada, podendo continuar a realizar atividades que pudessem ajudar na dilatação, como caminhar, fazer exercícios na bola ou permanecer sentada.

Acompanhante Familiar. O acompanhante familiar, o marido da parturiente, era uma companhia presente, ele conversava com ela e permaneceu ao seu lado, porém ele não tinha nenhuma noção do que poderia fazer para ajudar a parturiente como: massagens, respiração em conjunto e incentivo para que ela mudasse de posição. Portanto ele tinha uma atitude mais passiva, necessitando de orientação para ajudar a parturiente a realizar as atividades. Depois da aplicação da analgesia, observou-se que o acompanhante diminuiu a interação física com a parturiente, sendo que os dois dormiram um pouco antes de ela apresentar dilatação total.

Equipe de Saúde. A equipe de saúde estava particularmente ocupada com toda a movimentação da maternidade daquele dia, especialmente com a parturiente do leito 4. Portanto não foi observado nenhuma interação fora do padrão de atendimento. A médica de plantão que estava atendendo as parturientes tem a característica de estabelecer uma relação bastante informal e mais afetuosa do que o padrão observado durante a realização dos exames.

No plantão noturno a parturiente participante era a única em trabalho de parto normal, portanto ela era o centro de atenções da equipe de saúde, sendo que as interações entre equipe e parturiente eram de rotina. Os exames foram realizados alternadamente entre os médicos e doutorandos, estes últimos presentes nos plantões noturnos durante os meses de julho a setembro.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente foi bastante cooperativa com as instruções que lhe foram dadas. No momento da expulsão a parturiente solta um grito gaguejante e chora na hora em que ouve o choro do bebê. Logo em seguida à expulsão, a parturiente aparenta um cansaço físico e não interage com o acompanhante. Ela pergunta à médica a cor dos olhos do bebê e quando a neonatologista oferece o bebê para que ela pegue, ela recusa dizendo estar se sentindo muito fraca. Aproximadamente dois minutos mais tarde a neonatologista oferece o bebê a mãe mais uma vez e ela o recusa. A sensação de fraqueza e cansaço relatada pela paciente era visível em seu rosto e na sua atitude de não interagir com mais ninguém, como se estivesse se resguardando depois de um longo esforço. A única coisa que a parturiente disse é que ela sabia que o bebê ia nascer naquela data, que ela falava que ia ser assim.

Acompanhante Familiar. O acompanhante familiar não estabeleceu nenhuma interação verbal com a parturiente durante o período expulsivo. Ele permaneceu a maior parte do tempo atrás da parturiente, tocando em suas costas somente uma vez. Depois que o bebê nasceu a acompanhante não interagiu física ou verbalmente com a parturiente, saindo de seu lado e indo acompanhar os cuidados com o bebê ainda na sala de parto. Ele segurou o bebê por alguns minutos antes de ele ser levado para a sala de cuidados.

Equipe de Saúde

A interação da equipe com a parturiente segue um padrão de comportamento usualmente observado, ou seja, o membro da equipe que mais interagiu com a parturiente foi a enfermeira que a acompanhou e a orientou no momento do puxo. Ela conversava com a parturiente de uma forma carinhosa e gentil, motivando e incentivando a parturiente durante o período expulsivo. A equipe é atenciosa e respeitosa, mas não há uma vinculação ou uma proximidade com a parturiente.

CASO 10

Situação de pré-parto

Clara, 20 anos,
Acompanhante: marido

Parturiente. A parturiente apresentou um desenvolvimento de trabalho mais rápido do que o usual. No início da observação, 11:15, ela estava com 4 centímetros de dilatação e em duas horas e quarenta e cinco minutos o colo do útero dilatou o necessário e ela foi encaminhada para a sala de parto. Ela estava sem acompanhante desde a internação até às 13:00, quando o marido chegou. A parturiente aparentava suportar bem o trabalho de parto, nas contrações ela gemia baixo e contraía o rosto e corpo. Em todas as observações ela estava em posições diferentes e sempre se movimentando em função da dor que sentia durante a contração. Ela não fez nenhum tipo de respiração especial.

Acompanhante. O acompanhante familiar chegou às 13:30 quando o trabalho de parto estava adiantado e o colo do útero já estava com 8 centímetros de dilatação. Não foi observado nenhuma interação física ou verbal espontânea da parte dele, não foram observados gestos ou palavras de carinhos. Ele aparentava estar um paralisado diante do processo de parto que estava indo rápido.

Equipe de saúde. Foram observadas duas interações entre a parturiente e a equipe de saúde. A primeira observação foi com a enfermeira que estava examinando o colo da parturiente e verificando o BCF. Ela tinha uma atuação muito tranquila, era delicada e tinha uma voz suave enquanto realizava o exame. O dialogo circunscreveu-se somente ao exame, não houve o oferecimento de informações ou orientações sobre o trabalho de parto ou estabelecimento de uma relação mais afetiva. A segunda observação foi com a técnica enquanto esta aplicava ocitocina, não houve interação verbal entre a técnica e a parturiente. Antes da aplicação da ocitocina eu perguntei à parturiente se ela sabia que iam lhe aplicar o "soro" e ela respondeu que sim. Então eu perguntei se ela sabia para que era a aplicação do soro e ela respondeu que não sabia. Este fato me faz levantar dois pontos para reflexão: 1º a real necessidade da aplicação de ocitocina num trabalho de parto que apresentava um desenvolvimento rápido. 2º o nível de comunicação sobre os procedimentos realizados com a parturiente.

Situação de parto

Parturiente. A parturiente foi cooperativa com as instruções que recebeu e assumiu uma posição ativa no trabalho de parto, procurando movimentar-se e sentir-se o mais confortável possível para vivenciar a situação de parto. No início ela apresentou dificuldades em localizar a força do puxo no lugar certo. Ela fazia força no pescoço e não na região vaginal, mas a medida que foi sendo orientada e acompanhada ela pôde direcionar sua atenção e força para o nascimento do bebê. Em função da posição de cócoras, ela sentiu dores nas pernas, levantou-se e sentou-se no momento em que mais lhe convinha. Ela também se sentiu mais a vontade quando a enfermeira lhe perguntou se queria tirar a camisola e a touca podendo, assim, sentir-se mais livre. Assim que o bebê nasceu a parturiente estava muito emocionada e disse: "Filho! Ai, meu amor!". Quando ela recebe os bebês nos braços ela faz vocalizações infantis e fala com o bebê.

Acompanhante. A enfermeira o orientou-o a ficar ao lado da parturiente após o parto, quando ela pediu que fosse acompanhar o bebê, pois durante o período expulsivo se afastava e se aproximava da mesa de parto. Neste período não houve interação física e ou verbal com a parturiente. Depois que o bebê nasceu e estava recebendo os primeiros cuidados, ele ficou ao lado dela, pegou em sua mão e fez-lhe carinho na sua testa. Porém, no momento da sutura da laceração vaginal a parturiente reclamou de dor e o acompanhante, que estava ao lado, não ofereceu-lhe atenção ou apoio. Ele aparentava estar sensivelmente mobilizado com a situação de parto. Mobilizado a tal ponto que parecia estar paralisado pelo o que estava vivenciando, interagindo de uma forma passiva com o ambiente.

Equipe de Saúde. A enfermeira interagiu verbal e fisicamente com a parturiente. Ela tocou os ombros e barriga da paruriente, ofereceu-lhe água e secava-lhe o rosto. A enfermeira foi ainda perceptiva, quando notou que a parturiente estava com calor e desconfortável e retirou sua toca e mais tarde perguntou-lhe se ela queria que ela tirasse a camisola. Essa atitude demonstra que a enfermeira estava atenta as necessidades da parturiente. Vale lembrar que foi a enfermeira que preparou o ambiente para que este ficasse mais reservado e agradável.

É relevante apontar ainda a atitude de uma técnica que ficou com a parturiente quando o médico e a enfermeira já haviam saído. Ela fez os seguintes comentários: "Que placenta mais pobre, vou ter que picar o bebê". A parturiente assustada, pergunta: Vai ter que picar o bebê? Ela afirma que sim. Este foi um comentário inadequado em função do momento de emocional em que a parturiente está, onde as informações podem assumir proporções assustadoras e fantasiosas.